Über die Dementia praecox.

Streifzüge durch

Klinik und Psychopathologie

von

Priv.-Dozent Dr. Erwin Stransky
in Wien.



Wiesbaden.
Verlag von J. F. Bergmann.
1909.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Psyche und Leben.

Von

Dr. W. v. Bechterew,

Professor in St. Petersburg.

Zweite vermehrte Auflage.

Mk. 5.60.

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis:

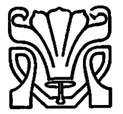
Über die Dementia praecox.

Streifzüge durch

Klinik und Psychopathologie

von

Priv.-Dozent Dr. Erwin Stransky
in Wien.



Wiesbaden.
Verlag von J. F. Bergmann.
1909.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.

Herausgegeben
von
Dr. L. Loewenfeld in München.

Heft 67.

Vorrede.

Vor wenigen Jahren noch gehörte das Wort „Dementia praecox" ausschliesslich in die Domäne jener psychiatrischen Kunstsprache, die dem gebildeten Laien vielfach eine Art wissenschaftliches Rotwelsch ist, dem er fremd gegenübersteht, das ihm Gruseln und Misstrauen einflösst.

Heute ist dies schon anders geworden; nicht echtem, vorurteilsfreiem Interesse, wohl aber dem Sensationsbedürfnis breiter Kreise dankt unsere Disziplin eine Popularität, um deren Umfang sie manche Schwesterwissenschaft beneiden könnte; freilich mit Ausschluss der Epitheta, durch die jene Volkstümlichkeit einen so ominösen Beigeschmack erhält.

So ist es denn gekommen, dass auch der Name unserer Dementia praecox, in Fachkreisen noch so umstritten, gleichwohl heute schon den Geistern nicht mehr fremd klingt, welche die öffentliche Meinung regieren; und dass er, so jung noch, von dem Schicksal ereilt zu werden droht, das so vielen Werten unserer Wissenschaft zuteil geworden ist: missverstanden, verdreht, verunglimpft zu werden. Und dies mag den vorliegenden Versuch gerechtfertigt erscheinen lassen, auf eine nicht nur dem Psychiater, sondern vielleicht auch dem gebildeten Laien, dem unser Fach nicht ganz unbekannt geblieben ist, verständliche Art einige an sich nichts Neues bringende Streiflichter auf die Frage der Dementia praecox zu werfen; zumal sie sehr häufig vorkommende, in manchen Anstalten fast die Hälfte des Belags ausmachende Formen von Seelenstörung zum Gegenstande hat.

Der Verfasser.



Inhaltsübersicht.



I.

Wenige Themen haben im Laufe des letzten Jahrzehnts die psychiatrische Welt so sehr beschäftigt wie die Dementia praecox und es ist nicht zu viel gesagt, wenn man es ausspricht, dass die Stellungnahme zu dieser Frage zum Schibboleth der streitenden Parteien geworden ist, gleich als handelte es sich dabei um ein Glaubensbekenntnis. Nun bedeutet es zweifellos ein gut Stück Übertreibung, wenn man den Standpunkt in dieser Frage einem — man verzeihe das kühne Wort — pathognostischem Kriterium für die Gesamtstellung des einzelnen gleichhält, wie dies vielenorts Gepflogenheit ist, mag es auch nicht offen ausgesprochen werden oder vielleicht selbst gar nicht zum Bewusstsein kommen. Indes, das eine ist nicht zu leugnen, dass die Verschiedenheiten der Auffassungen, wie sie hinsichtlich der Wertung gerade der in und um den katatonischen Symptomenkomplex sich gruppierenden Geistesstörungen zwischen den Autoren sich zeigen, wohl in der Regel einen Hinweis abgeben können auf vorhandene Verschiedenheiten der Schulung und Denkweise, aber auch — und es wird gerade dies Moment meist viel zu wenig berücksichtigt — auf Unterschiede in dem Material, welches in jedem Falle die Grundlage der zur Entwickelung gelangten Anschauungen abgegeben hat. Wir werden gerade auf diesen letzteren Gesichtspunkt noch zurückkommen müssen.

Nicht der Name der Krankheit und nicht die ersten Schritte zu ihrer Erforschung, wohl aber ihre Ausgestaltung und Einfügung in den Kreis unserer modernen klinischen Anschauungen gehen auf Kräpelin und seine Schule zurück. Indem dieser Kliniker die Katatonie Kahlbaums, die Hebephrenie des Kahlbaum-Schülers Hecker, die leichten — heboiden — und die schweren, besonders von Daraszkiewicz studierten Fälle der letztgenannten Gruppe, die innere symptomatologische und verlaufsmässige Verwandtschaft dieser Formen erkennend, mit kühnem Griffe zusammenfasste; indem er ihnen eine grosse Zahl von bis dahin unter den verschiedenartigsten Bezeichnungen flottierenden Fällen

aus anderen Lagern anreihte; indem er namentlich der Verrücktheit, der Verwirrtheit, den affektiven und den sekundären Geistesstörungen vieles Material wegnahm, welches bis dahin mit mehr minder grosser Sicherheit zu ihrer Domäne gezählt worden war: schuf er im Rahmen seines klinischen Systems der Dementia praecox, welchen Namen er für all diese vielfach differierenden, aber in gewissen Grundzügen einander gleichenden Fälle adoptiert hatte, ein Geltungsbereich, wie es bis dahin kaum je eine psychiatrisch-klinische Neuschöpfung aufzuweisen hatte; ausgenommen allenfalls die Paranoia, insoferne diese, allerdings als wesentlich symptomatologischer Begriff, eine Lieblingsdiagnose mancher Ärzte darstellt, und ausgenommen die Einheitspsychose vergangener Tage!

Nur Voreingenommenheit könnte leugnen, dass die Konzeption Kräpelins einen markanten Fortschritt in der psychiatrischen Systematik bedeutet. Man braucht lediglich einen Blick zu werfen auf manche trotz meisterhafter Schilderung und Detailmalerei systematisch und damit auch didaktisch ganz unbefriedigende Gruppierung der Geistesstörungen, braucht sich nur des Chaos zu erinnern, als welches die verwirrende Fülle der zahllosen Spielarten psychischer Erkrankung, ehe grosszügig ordnende Hände eingegriffen haben, zumal dem Adepten der Psychiatrie oder dem Nichtpsychiater erscheinen musste, sich bloss des Unbehagens zu entsinnen, welches die zahlreichen „sekundär“ gewordenen Fälle, diese wahren Capita mortua unseres Patientenmateriales, kausalem Denken bereitet haben, um zu begreifen, wie erlösend es empfunden werden musste, dass nun für so viele, viele dieser Fälle ein Tertium comparationis, ein gemeinsam Charakteristisches aufgezeigt ward, das ihre unter üppigem Beiwerk verborgene Verwandtschaft erkennen, sie alle erst recht eigentlich verstehen liess. Aber auch wer von den Jüngeren, aus anderer Richtung kommend und an dem Gedanken einer einheitlichen Klassifizierung der vor unsere Augen getretenen Störungen des Seelenlebens ratlos sich mühend, wenn nicht gar verzweifelnd, wer da die Formen des Kräpelinschen Lehrgebäudes in ihren klaren, einfachen und doch so kraftvollen Linien erschaut hat, wird dieses Eindrucks und des Gefühls innerer Befreiung, da er ihn zum erstenmal empfieng, schwerlich vergessen, wird sich auch niemals mehr zur Gänze dem Banne zu entziehen vermögen. Kein Zufall darf es genannt werden, dass gerade unter der jungen Generation der Irrenärzte, weit über unser Sprachgebiet hinaus, die Lehre Kräpelins so schnell und so zahlreich selbst begeisterte Anhänger sich erworben hat.

Und doch bedarf auch sie zweifellos eines gewissen Korrektivs. Es ist wiederum vielleicht kein blosses Spiel des Zufalls, es bedeutet vielmehr einen sehr notwendig empfundenen Rückschlag, wenn gerade heute, äusserlich allerdings vielfach bis zur Unkenntlichkeit maskiert, die Lehren der alten Autoren wieder ihr Haupt erheben, wenn die sympto-

matologische Ausgestaltung und Gliederung der Formenbilder aufs neue an Geltung zu gewinnen beginnt. Aber, hier wird eben der grosse Unterschied gegen frühere Zeiten sichtbar, hier zeigt es sich, dass der neuen Lehre kein bloss vergänglicher Wert zukommt, dass sie — wir mögen es uns zugestehen wollen oder nicht — ein unentbehrliches Requisit unseres klinischen Denkens geworden ist: wir fühlen heute, wenn wir psychiatrische Krankheitsbilder gliedern, wägen, vergleichen, gleichsam ein sicheres Festland unter uns, empfinden nicht jenes Schwindeln wie früher, da unser Drang nach Systematik keinen soliden Untergrund fand, auf dem fussend er weiter zu schreiten vermocht hätte. Und wenn wir heute daran gehen, jenseits oder im Rahmen der gegebenen Schemata neue Formen zu finden, sind wir nun nicht mehr der Gefahr ausgesetzt, uns ins Grenzenlose zu verlieren, da sich uns doch eine schützende Festung darbietet, von der unsere Operationen ihren Ausgang nehmen können; und ist auch diese Festung selbst vor äusserem und innerem Umbau nicht gefeit, ihre Grundmauern sind solide und dauerhaft.

II.

Kehren wir wieder zur Dementia praecox zurück. Der Ausdruck würde wörtlich genommen eigentlich soviel bedeuten wie vorzeitige Verblödung. Wollte man sich an eine bestimmte, die hebephrenische Untergruppe halten, dann würde dieser Ausdruck im grossen und ganzen noch seine Berechtigung haben, denn es handelt sich hier tatsächlich um eine Form psychischer Erkrankung, die vorwiegend dem jugendlichen Alter angehört oder, präziser gesprochen, vorwiegend in den ersten drei Lebensdezennien einzusetzen pflegt. Indes, selbst unter dieser vielleicht verbreitetsten Unterform des „Jugendirreseins", um diesen oft synonym gebrauchten Terminus hier anzuwenden, finden sich Fälle, auf die das Attribut „praecox" nicht mehr gut anwendbar ist. Wenn wir aber dann vollends jene Fälle ins Auge fassen, die nicht nach dem verhältnismässig einfachen Schema der Hebephrenie verlaufen, werden wir das Geltungsbereich des Prädikates „vorzeitig" noch mehr einschränken müssen.

Nicht minder aber bedarf das Wort „Verblödung" einer gewissen Begrenzung; wenigstens für denjenigen, der einer stattlichen Minderheit von Fällen während eines Grossteils ihrer Verlaufszeit gerecht werden will: denn die Demenz, die psychische Schwäche, das Wort in strengstem Sinne genommen, sie gewinnt in nicht wenigen Fällen erst in vorgerückteren Stadien soweit Oberwasser, dass sie dem Gesamtbilde ihren Stempel aufzudrücken vermag, und insoferne ist auch gegenüber den anderen Formen progressiver Demenz, etwa gegenüber der Paralyse oder dem Altersblödsinn, ein nicht ganz unwesentlicher Unterschied gegeben. Man

wird doch z. B. einen Epileptiker oder einen Manisch-depressiven, weil mit dem weiteren Fortschreiten des Krankheitsprozesses mehr minder sicher der Verfall in geistige Schwäche sein Schicksal wird, darum nicht gleich von vorneherein dement nennen wollen. Und so finden sich unter unseren Kranken gar nicht so wenige, die unter Umständen Jahre hindurch nahezu nichts an sich haben, was berechtigte, sie im praktischen Sinne psychisch krank, geschweige denn verblödet zu nennen.

In der Tat hat es in den letzten Jahren an Versuchen, einen passenderen Namen für die Dementia praecox zu suchen, nicht gefehlt. Für den klinischen Sprachgebrauch hilft man sich da und dort mit einer sprachlichen Ungenauigkeit, spricht also gemeinhin von Katatonie, von Katatonikern und meint damit — pars pro toto — die ganze Dementia praecox. Diese kleine sprachliche Ungenauigkeit ist aber nur dort angängig, wo man von der Zugehörigkeit der Katatonie zur Dementia praecox nicht nur überzeugt ist, sondern jene geradezu als die Kerngruppe dieser ansieht; was heute durchaus noch nicht allenthalben der Fall ist, wenngleich diese Anschauung mehr für als gegen sich hat. Für den psychiatrischen Aussendienst, in der — sit venia verbo — äusseren Aussprache wäre jedenfalls diese Metonymie besser zu vermeiden. Man hat dann des weiteren den Versuch gemacht, die Psychosen unserer Krankheitsgruppe nach irgendeinem allgemeingültigen Kardinalsymptom zu benennen: man sprach von Dementia sejunctiva (O. Gross), von Schizophrenie (Bleuler), sprach von dissoziativer Demenz, sprach auch ganz vorbehaltlos von — Kräpelinscher Psychose, etwa im gleichen Sinne, wie man von einer Korsakoffschen Geistesstörung redet. Wir werden ja noch Gelegenheit haben, das Für und Wider gewisser Nomenklaturen zu prüfen, wenn wir uns mit der Symptomatologie befassen werden; soviel aber darf schon hier ausgesprochen werden, dass sich, bislang mindestens, keine von all diesen Bezeichnungen das Bürgerrecht verschafft hat, dass wir mangels eines besseren Namens die Dementia praecox immer noch Dementia praecox nennen, dabei in der Regel ganz bestimmte, sehr zahlreich vorkommende und gewöhnliche Krankheitsfälle vor Augen haben, über deren innere Verwandtschaft indes die Meinungen ebensosehr auseinandergehen wie über ihre Beziehungen zu jenen Krankheitsbildern, die gewissermassen an der Grenze gegen andere Gruppen hin stehen. Es möge dies zur Entschuldigung dienen, wenn ich an dieser Stelle im Grunde genommen ziemlich persönlichen Anschauungen Raum gebe und noch geben werde; Anschauungen indes, die im Wesen so ziemlich mit jenen übereinstimmen, die jetzt nach und nach überall die Oberhand zu gewinnen scheinen; Anschauungen, welche der Kräpelinschen Lehre, deren Studium ihr Entstehen wesentlich beeinflusst hat, vielfach sehr nahekommen, ohne sich aber in allen Stücken mit ihr zu decken.

III.

Man kann an allen jenen Fällen geistiger Erkrankung, die man unter dem Sammelbegriff der Dementia praecox zusammenfassen darf, eine Reihe gemeinsamer Züge mehr minder leicht herausfinden, die als charakteristisch, als pathognostisch gewertet werden dürfen. In einer Hinsicht gleichen sich zunächst die meisten: sie führen, die einen früher, die anderen später, zu einem eigenartigen terminalen Schwächezustande, zu eben jener Demenz, von der das Ganze seinen Namen erhalten hat; einer Demenz, die in sehr vielen Fällen ihre Schatten schon in den frühen Stadien vorauswirft. Der Weg allerdings, auf dem die einzelnen Fälle und Verlaufsgruppen diesem Finale zustreben, ist ein sehr verschieden langer und verschieden gestalteter. Wir wollen aber das Gros, den Durchschnitt der Fälle näher ins Auge fassen.

Ihnen allen pflegt in der Regel ein ganz bestimmter Zug anzuhaften, bald so stark hervortretend, dass er über alles Beiwerk hinüber souverän die Szene beherrscht, bald wieder nur dem geschärften Wahrnehmungsvermögen des Kenners bemerklich: eine gewisse Unnatürlichkeit in dem Gebahren der Kranken, welche ihnen ein ganz bestimmtes, meist ganz unverkennbares Kolorit aufdrängt, eine Unnatürlichkeit, die, wenn wir sie analysieren, in ihrem Grunde auf eine mehr minder tiefgreifende Spaltung, eine Dissoziation alteingewurzelter und alteingeschliffener psychischer Zusammenhänge, Mechanismen und Synergien zurückgeht.

Wenn uns ein Manischer, ein Melancholischer, ein Paranoiker, wenn uns irgendein an einer sogenannten „funktionellen", d. h. derzeit anatomisch noch nicht definierbaren Geistesstörung leidender Kranker entgegentritt — die auf gröberen anatomischen Läsionen beruhenden Formen lassen wir hier abseits, denn es kommt dort bei der Diagnosenstellung der psychischen Störung niemals die dominierende Rolle zu —: dann sehen wir, nach dem Grade der Erkrankung früher oder später, unvermeidlich, dass wir es mit einem Kranken zu tun haben. Denn sie alle, der Manische ebenso wie der Melancholische, der Verrückte oder der Amente, sie bieten uns eine Reihe unverkennbarer Störungen des Verstandes- und Gefühlslebens dar, ihre Willensleistungen, als die äussere Ausdrucksform des Zusammenarbeitens von Verstand und Gefühl, von *νόος* und *ϑυμός*, spiegeln diese Störungen wieder. Eines aber scheint bei ihnen erhalten: die normale Wechselwirkung, der gewohnte Kontakt zwischen Denken und Fühlen, die entsprechende Umsetzung dieser Wechselwirkung in adäquate Willensleistungen und dieser in adäquate psychomotorische Entäusserungen. Man hat nicht ganz mit Unrecht gesagt: so wie sich der Manische, der Melancholische, der Paranoische, der Amente benimmt, so würden auch wir Gesunde uns benehmen, wenn

uns die Welt so rosig schiene, unser Selbstgefühl so erhöht, unsere Beweglichkeit so ungehemmt wäre; oder wenn uns im anderen Falle alles und jedes so grau in grau sich darstellte, unser Selbstgefühl darniederläge, tausend Hemmungen uns im Banne hielten; oder wenn wir uns verfolgt, beschimpft und angefeindet wähnten; oder aber wenn unsere Gedanken sich verwirrten, wenn dazu noch Sinnestäuschungen uns bannten und erschreckten, wenn wir ratlos, ohne jegliche Orientierung diesem inneren und äusseren Wirrwarr gegenüberstünden. Wir nennen mit einem Worte das Gesamtverhalten aller dieser Kranker natürlich, ungebunden, „frei" und wollen damit eigentlich zum Ausdruck bringen, dass es in nichts Wesentlichem absticht von der Gesamtreaktion, dem Gesamtverhalten Gesunder unter der Supposition des Gegebenseins von Bewusstseinsinhalten und Bewusstseinsstörungen wie im konkreten Krankheitsfalle; wir können uns mit anderen Worten in die Psyche des Manischen, Melancholischen, Paranoischen, Amenten unschwer selbst hineinversetzen, hineinfühlen, um so eher, da im Leben kaum einer unter uns — allerdings nur analogisch — ähnlichen Bewusstseinslagen entgehen kann, nur eben mit dem Unterschiede, dass er entgegen dem Kranken spontaner, kritischer Einsicht und Korrektur fähig ist. Kurz, alle diese Kranken erscheinen uns ja ohne weiteres krank, aber krank gleichsam durch eine einseitige oder vielseitige Ausartung normalen psychischen Geschehens nach der positiven oder negativen Seite hin[1]).

Anders die „Frühdementen". Sie fallen meist schon sehr zeitig auf durch einen Zug ins Unfreie, Unnatürliche, Verschrobene, Unberechenbare, Unpsychologische, wenn dieser Ausdruck erlaubt ist. Der Unkundige oder — Überkundige denkt zuweilen, da könnte Hysterie dahinter stecken, denn wir sind gewohnt, auch den Kranken dieser letzteren Sorte eine Psyche zu imputieren, die uns Nüsse zu knacken, Rätsel zu lösen gibt. Allein, hinter der scheinbaren Unberechenbarkeit der Hysterie steckt in der Regel Methode, mag der Mechanismus dieser Methode manchmal auch nicht leicht zu entwirren sein, dem Kranken selber vielfach nicht klar zur Vorstellung kommen; die hysterische Psyche hat eben andere Gesetze als die gesunde und diese Gesetze sind nicht immer leicht zu finden, ja sie sind in vielen Stücken noch dunkel oder kontrovers. Allein, es sind doch eben Gesetze, und gar nie stellt das psychische Geschehen bei Hysterischen ein solches wahlloses, zielloses, regelloses Chaos dar wie jenes beim Frühdementen; mag ein solches Chaos auch zuweilen vorgetäuscht erscheinen.

Ich will indes nicht vorgreifen; denn gerade die Beziehungen der Dementia praecox zur Hysterie sind von grosser praktischer Bedeutung

[1]) Dass aber die Krankheit tatsächlich auch in diesen Fällen mit anderen psychischen Mechanismen arbeitet als die gesunde Psyche, hat neuerdings Clemens Neisser mit Recht dargetan.

und haben neuerdings, namentlich durch die Arbeiten der von den zweifellos geistvollen Konzeptionen Breuers und Freuds beeinflussten Züricher Schule, auch ein theoretisches Relief erhalten; mit diesen Theorien werden wir uns weiter unten auseinandersetzen müssen. Einstweilen wollen wir uns wieder der Symptomatologie unserer Geistesstörungen zuwenden und uns die Frage beantworten, worin die oben erwähnten Besonderheiten in dem Bilde dieser Kranken bestehen.

Eines ist es nun vor allem, was sie kennzeichnet: eine ganz eigenartige, in solcher Ausprägung nur noch bei manchen grob organischen Erkrankungen und auch da kaum je so krass hervortretende Dissoziation innerhalb der Gesamtpsyche: eine mehr minder tiefgreifende Störung des physiologischen, koordinierten Zusammenspiels der Verstandes- mit der Gefühlstätigkeit, der Noopsyche mit der Thymopsyche, wenn ich diese beiden Ausdrücke hier wieder verwenden darf. Diese schwere intrapsychische Koordinationsstörung kann als solche mehr minder lange Zeit bestehen oder bestehen bleiben; sie kann aber schliesslich sehr früh schon zu einem schweren Defekt gedeihen, einem Defekt, der wieder das eine Kennzeichende an sich hat, dass er die Gemütssphäre ungleich stärker und tiefer betrifft als die Verstandessphäre; es kommt zu einer Gemütsverblödung, während auf intellektuellem Gebiete zwar kaum je die Schwäche fehlt, doch aber lange nicht die Grade erreicht, die dem Ausfall im affektiven Leben entsprechen würden.

Die Koordinationsstörung[1]) äussert sich in verschiedener Art und in verschiedenen Graden. Die einfachste Form, in der sie zum Ausdruck kommt, ist eine gewisse Nichtübereinstimmung zwischen Affektäusserungen und Vorstellungsinhalten, soweit diese irgendwie zur Projektion nach aussen gelangen: die Kranken lachen in traurigen, weinen in heiteren Situationen; oder, was noch viel häufiger als ein solches geradezu konträres Verhalten der Affekte: es begleiten ihre verstandesmässigen Reaktionen Reaktionen affektiver Art, die zu jenen nicht einmal die immerhin nicht allzuferne assoziative Beziehung des Kontrasts aufweisen — eine Beziehung, deren theoretische und praktische Bedeutung in letzter Zeit Bleuler gewürdigt hat —, sondern die in jeglicher Weise inadäquat genannt werden müssen: die Kranken grinsen, lächeln etwa, wo der Sachlage nach herzhaftes Lachen oder Traurigkeit oder Affektmittellage die entsprechenden Reaktionen wären; sie geraten in den masslosesten Zorn bei Anlässen, die ganz gleichgültiger Art sind, auch für den Kranken selbst, wie wir bisweilen nachträglich von ihm erfahren; Furcht, Scheu, Ablehnung machen sich geltend, wo nicht die mindeste greifbare

[1]) Neuerdings hat Urstein diese intrapsychische Ataxie bei der Dementia praecox als ein Kardinalsymptom gewürdigt, gewiss mit Recht; wiewohl er nicht hätte unterlassen dürfen schärfer hervorzuheben, dass die Konzeption nicht von ihm allein stammt (siehe zum Beispiel Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. XXIV, ab Seite 1; u. a. Arbeiten des dortigen Autors).

Ursache dazu vorliegt, auch nicht der mindeste Anlass dazu dem Kranken zum Bewusstsein kommt; Vertraulichkeit, Aufdringlichkeit, Erotismus kommen das eine Mal ebenso deplaziert wie gleich darauf, vielleicht in der nämlichen Situation, vor den nämlichen Zeugen Verlegenheit, Schüchternheit, Kälte. Sehr häufig dominiert von vorneherein eine Gefühlslage ganz besonders in allen Bewusstseinssituationen, in die der Kranke kommt: eine gewisse Stumpfheit und Apathie, eine auffällige Armut an Affekt überhaupt, die mehr minder lange vorhalten kann und von der Besonnenheit und Klarheit, welche die Kranken dabei bekunden, oft aufs grellste absticht; kalt und gelassen, ohne mit der Wimper zu zucken, ohne irgendwie spontan zu reagieren, ohne eine Regung von Initiative zu bekunden, ohne irgend einen Wunsch geltend zu machen, nimmt etwa der Kranke seine Internierung in der Anstalt hin, die Ruhe des Friedhofs scheint über ihn gebreitet; und dieser selbe Kranke weiss, sobald wir ihn ausfragen, genauestens Bescheid über Ort und Zeit, über die Personen seiner Umgebung, über alles, was um ihn herum vorgeht, er verfügt über gute Schulkenntnisse, sein Gedächtnis funktioniert tadellos, selbst einer „Intelligenzprüfung“ hält er in Ehren stand, und die Frage, ob er sich krank fühle, verneint er; allein er zieht nicht die Konsequenz daraus, das Verlangen nach seiner Freiheit, das Gefühl für das Traurige seiner Lage, dies alles scheint in ihm wie erstorben: ein unheimlicher Eindruck, den die eisige Kälte erzeugt, womit diese Kranken wie fühllos ihr eigenes Geschick hinnehmen, gleich unheimlich oft wie der Eindruck dämmernder Epileptiker, deren Geisteszustand mit manchen Formen Frühdementer eine gewisse symptomatische Verwandtschaft besitzt.

Nicht nur in bezug auf das Verhältnis der Gefühlsregungen zu den Vorstellungsinhalten innerhalb einer gegebenen Zeiteinheit, sondern auch in ihrer Sukzession zeigt sich dieselbe Unberechenbarkeit, dieselbe Regellosigkeit, das nämliche Durcheinander. In jäher Folge, ohne äussere, aber auch ohne erkennbare innere Ursache wechseln Stimmungen und Affekte der inkommensurabelsten Art untereinander ab, flottieren alle möglichen Entäusserungen des Gefühlslebens durcheinander. Auch in dieser Beziehung stossen wir auf den gleichen ataktischen Zug. Dies aprilwetterartige Verhalten der Affekte und Stimmungen fordert natürlich wieder naheliegende Vergleiche mit der Hysterie heraus. Allein es fehlt ihm ein Zug, welcher die hysterische Launenhaftigkeit wie jegliche auf dem Boden des hysterischen Charakters erwachsende psychische Manifestation auszeichnet: das Theatralische, Effektberechnete, Spielerische, Szenenhafte. Das regellose Durcheinandergehen bei unseren Kranken weist unverkennbar auf einen viel tiefer angreifenden Prozess zurück.

Der Unterschied wird ganz besonders dann klar, wenn, wie dies fast die Regel, diese intrapsychische Ataxie auch in den psychomotori-

schen Entäusserungen des Innenlebens zum Ausdruck gelangt, wenn diese selbst mangels des koordinierten Zusammenarbeitens noo- und thymopsycher Impulse, von dem unter normalen Verhältnissen ihre Erscheinung und ihr Ablauf bedingt wird, von Querantrieben durchbrochen werden, wenn sonach Ausdrucksbewegungen und Handlungen einen Zug ins Unnatürliche, Bizarre, Verschrobene, Verzerrte, Karrikierte, „Unfreie“ annehmen, wenn sie, nicht im Sinne einer groborganischen, sondern in dem einer höher geordneten intrapsychischen Störung verstanden, gleichfalls wie ataktisch, ungereimt, widerspruchsvoll, zerfahren erscheinen, da ein Zuviel, dort ein Zuwenig, inadäquat in jedem Belange, ein unverständliches Durcheinander, etwa von Lachen und Heulen, von Stutzen und Zufahren, ein „Salat“ aller erdenklichen Impulse. Die Psychomotilität ist es ja, in der sich unser Innenleben nach aussen projiziert, sie ist es, aus deren Äusserungen wir demnach auf das Innenleben zurückzuschliessen bemüssigt sind. Es ist eben gerade das Benehmen, das Gebahren dieser Kranken, also mit anderen Worten das psychomotorische Ensemble, welches so charakteristisch „unpsychologisch“ auf den Beschauer wirkt. Es gilt dies nicht zuletzt auch von den sprachlichen Entäusserungen; sie wollen wir aber ihrer hohen Bedeutung halber weiter unten gesondert betrachten.

Hingegen wollen wir uns aus Gründen der Einfachheit und Übersichtlichkeit hier zunächst einer Reihe weiterer Eigentümlichkeiten zuwenden, die sehr oft im Krankheitsbilde imponieren. In erster Linie finden wir bei diesen Kranken das Vorhandensein einer gewissen Neigung zur Wiederholung oder zum Haftenbleiben bestimmter, einmal irgendwie von aussen her gegebener oder von innen her entstandener Innervationsimpulse; es mögen diese Antriebe expressiver pantomimischer Natur sein oder es mögen Handlungsimpulse irgendwelcher Art vorliegen. So kommt es dazu, dass die Kranken bestimmte Bewegungen oder Bewegungskombinationen ohne nachweisliche, ohne erkennbare psychologische Ursache dauernd oder in bestimmten Zeitintervallen oder unter bestimmten Anlässen ohne jede Beziehung zur äusseren oder inneren Situation immer wieder ausführen, immer wieder von neuem produzieren, so dass zuweilen der Eindruck des Automatenhaften erweckt wird; so kommt es aber auch dazu, dass Haltungsinnervationen des Körpers oder einzelner Glieder desselben, es seien diese nur von aussen her angeregt oder aus inneren, für den Beobachter gewöhnlich ganz unklaren Antrieben erfolgt, oft längere Zeit in anscheinend ganz unverständlicher Weise persistieren: auch ganze Körperattituden von sozusagen szenischem Aspekte können es sein, welche in ganz beziehungsloser Weise von den Kranken angenommen und oft lange Zeit festgehalten oder von Zeit zu Zeit immer wieder reproduziert werden. Losgelöst aus jedem ersichtlichen psychologischen Zusammenhange — wir erinnern

uns jener intrapsychischen Inkoordination, die wir als einen Grundzug im Krankheitsbilde kennen gelernt haben, — rufen alle diese Eigenheiten in Ausdruck und Rede, in Haltung und Handeln wieder den Eindruck des Starren, Unfreien, Unechten, Gezwungenen, Manirierten hervor und die Unabgemessenheit, Ungereimtheit und Verzerrtheit in ihrer Aufführung, also wieder das „Psychoataktische“ an ihnen, ist es, was diese Stereotypien, wie man manche solche psychomotorische Anomalien auch heisst, oft als Bizarrerien von mehr minder, posenhaft-theatralischem, grotesk-karrikiertem Aussehen erscheinen lässt.

Mit diesen bisher abgehandelten Grundsymptomen steht ein anderer Zug in untrennbarem Zusammenhange, den man etwas ungenau auch erhöhte Suggestibilität genannt hat. Löst man bei solchen Kranken direkt oder indirekt bestimmte Innervationsimpulse aus, so geschieht es nicht selten, dass die nun in dem Kranken hervorgerufene Bewegungsvorstellung in ihrem Effekte spontan weiter perseveriert oder aber, dass sie sich den etwa nach dem Belieben des Beobachters wechselnden, von ihm gegebenen Impulsen mehr minder sklavisch getreu anpasst. Bringt man also etwa den Arm eines solchen Kranken in eine beliebige Stellung, so bleibt er ganz abnorm lange Zeit in derselben und verharrt in ihr bis zur Erschöpfung der Muskelkraft oder aber bis zu jenem Momente, wo durch den Beobachter die Stellung nach dessen Belieben modifiziert wird. Auch ausgesprochene Echoerscheinungen sind nichts Seltenes.

Der Vergleich mit der hysterischen oder hypnotischen Suggestibilität mag äusserlich nahe liegen: im Wesen ist diese „Suggestibilität“ durchaus verschieden davon, sie ist eine rein äussere, während die hysterische auf thymopsychischen Bahnen angreift. Ebensowenig wie etwa die Stereotypien unserer Kranken, mögen sie noch so sehr szenische Bewegungskombinationen und Posen darstellen, in ihrer Kälte, Starrheit, Bizarrheit nichts gemein haben mit der bei aller Oberflächlichkeit und Übertreibung doch lebenswarmen, nicht ataktisch verzerrten, der Fühlung mit den übrigen psychischen Inhalten keineswegs entbehrenden effekthaschenden Schauspielerei Hysterischer. Es wurzeln diese psychomotorischen Anomalien unserer früh Dementen vielmehr tief in jenen schweren dissoziativen Zerfahrenheit des gesamten Seelenlebens, die wir bereits kennen; eine Zerfahrenheit, die gelegentlich die normal funktionierenden Hemmungsmechanismen gegen äussere oder innere Impulse gänzlich versagen, aber dann oft wieder plötzlich mit voller Kraft einsetzen lässt; die „Suggestibilität“ schneidet dann oft wie mit dem Messer unversehens ab, um vielleicht kurz darauf wieder aufzutauchen; ja nicht minder selten verzeichnen wir eine exzessive Steigerung der Tätigkeit jener Hemmungsmechanismen. Dann sehen wir die Kranken jedweder von aussen kommenden Anregung, es sei diese welcher Art

auch immer, sinnlos-zähen, hartnäckigen, passiven, gelegentlich auch aktiven Widerstand entgegensetzen: Wir reden dann wohl von Negativismus. Negativismus und „Suggestibilität“, die „Befehlsautomalie“, wie man wohl auch die prägnantesten Entäusserungen dieser nannte, wohnen dicht nebeneinander, können einander in rascher Folge ablösen, ja ineinandergreifen; erinn ernwir uns der nahen Verwandtschaft gerade der extrem scheinenden Kontraste, von denen wir schon oben sprachen; erinnern wir uns, dass beide Eventualitäten, das extreme Minus wie das extreme Plus, als Ausfluss der nämlichen dissoziativen, „ataktischen“ Grundstörung gedacht werden müssen: und wir werden dann zwanglos das zähe, regellose Nacheinander, Nebeneinander, Durcheinander dieser scheinbaren Gegensätzlichkeiten verstehen können.

Auch das Vorstellungsleben der Kranken bietet gewisse Eigentümlichkeiten. Im allgemeinen sind die Kranken lucide, die formale Ordnung ihrer Gedanken kaum gestört, das Gedächtnis intakt, der früher erworbene geistige Besitzstand bleibt zunächst gewahrt. Indes, kaum je bleibt es bei diesem Status quo; denn nicht nur der Neuerwerb geistigen Besitztums, sondern auch die uneingeschränkte Bewahrung des alten ist mehr minder enge an stete Übung geknüpft, an stetes Wiederwachrufen des verfügbaren Vorstellungsmaterials, und wo es daran fehlt, können ganze Komplexe von Assoziationen spurlos verloren gehen. Ein jeder von uns hat es wohl an sich schon erlebt, dass Vorstellungen und Vorstellungsverbindungen, die aus irgendwelchen Gründen lange Zeit hindurch nicht wieder ins Gedächtnis zurückgerufen, nicht immer wieder mit dem in bewegtem Berufsleben stetig wechselnden Ensemble der jeweils aktuellen Vorstellungskomplexe irgendwie verknüpft worden, also nicht immer wieder oder doch wenigstens von Zeit zu Zeit „geübt“ worden sind, so spurlos verloren gehen können, dass nicht einmal das charakteristische, dunkle Bekanntheitsgefühl auftaucht, wenn wir ihnen oder verwandten Vorstellungen nach Jahr und Tag zufällig wieder einmal begegnen: dass wir ihnen gleich Wildfremden gegenüberstehen und vielleicht erst durch einen Zufall darauf gestossen werden müssen, dass es sich ja doch um alte Bekannte handle oder vielmehr handeln sollte; nicht einmal geistiger Eigenbau unverfälschtester Art macht bei Menschen, deren Gedächtnis kein erstklassiges — Gedächtnis und Gesamt-Intelligenz sind bekanntlich keineswegs identisch — hievon eine Ausnahme. Nun sind ja aber, wie wir schon wissen, gerade unsere Kranken durch mehr minder erhebliche Stumpfheit so sehr gekennzeichnet, oder es hält sich ihre psychische Appetenz, ihr Interesse — also auch ein affektiver Faktor — doch wenigstens jenseits der physiologischen Gelüste; es fehlt die innere Anregung zu geistiger Tätigkeit, die ja immer aus dem Gefühlsleben entspringt, es fehlen interessebetonte, gefühlsbetonte Vorstellungen, wie sie das geistige Innenleben des Normalen

determinieren, es mangelt mehr minder an geistiger Regsamkeit, das Denken kommt also aus der Hürde der simplen Alltagseindrücke und Alltagsurteile nicht heraus; und wo, wie in der Irrenanstalt, auch die „Aussenwelt“ für den Kranken äusserst begrenzt ist, dort bewegt sich sein gedankliches Innenleben träge, gleichsam lautlos im allerengsten Zirkel. Nimmt man dazu die Initiativelosigkeit und Affektarmut solcher Kranker, so begreift man, wie leicht sie den Eindruck eines Masses von Blödsinn erwecken können, welches, wie sich etwa unter dem Stimulus der Konversation erweist, soweit die Kranken nicht etwa auch ihm gegenüber schon indolent geworden sind, gar nicht besteht. Es erhellt aber aus dem oben Gesagten auch, dass solche Kranke, wenn sie sich selbst überlassen und nicht weiter stimuliert werden oder aber wenn sie einer Stimulation nicht zugänglich sind — und auch soweit kann ihre Stumpfheit oder die psychische Koordinationsstörung führen —, an ihrem früher erworbenen geistigen Besitztum Einbusse erleiden müssen; eine Einbusse, welche bis zu hohen Graden psychischer Verödung führen kann, wenngleich die Kranken so gut wie nie bis zu jener Stufe herabsinken, auf der etwa Idioten oder schwerer demente Paralytiker stehen. Wir werden aber nach dem Gesagten und unter Heranziehung dessen, was über homologe Störungen auf psychomotorischem Gebiete ausgeführt worden ist, auch verstehen können, warum die Kranken von Ideen und Ideenverbindungen, die aus inneren und äusseren Ursachen, durch Gesetz oder Zufall an die Oberfläche ihres Bewusstseins gelangt sind, oft nur schwer oder selbst auf längere Zeit nicht mehr loszubringen sind, warum sie an ihnen kleben bleiben. Diese Perseverationstendenz unserer Kranken ist oft recht in die Augen springend und wird von manchen Klinikern, z. B. von Anton, als einer der elementarsten Züge im Gesamtbilde angesehen.

Es stellt in erster Reihe natürlich die Sprache jenes Ausdrucksmittel dar, welches alle diese Eigentümlichkeiten des Innenlebens nach aussen projiziert, und von vorneherein ist es daher klar, dass auf sprachlichem Gebiete die Störungen des Affektlebens, die Störungen des Intellekts, die Störungen der psychischen Koordination, die Störungen der Psychomotilität, dass sie alle auf diesem Gebiete einzeln und in ihrer Konkurrenz sich widerspiegeln müssen. In der Tat bieten unsere Kranken auch in ihrem sprachlichen Ausdruck wichtige Besonderheiten, bei denen wir hier Halt machen müssen.

Vor allem finden wir im Wesen auch auf sprachlichem Gebiete alles das wieder, was wir an psychomotorischen Störungen bereits kennen gelernt haben. Wir verzeichnen die Perseverationstendenz, verzeichnen die Bizarrerien, Manieren, Geschraubtheiten, wir verzeichnen die Ungereimtheiten im Tonfall und Ausdruck, die Disharmonien im Tonfall, der Modulation, im „chanson de langage“, um dies Fremdwort zu gebrauchen, verzeichnen eine schon von Kahlbaum erwähnte Neigung zu falschem,

ungemessenem, gegen die Armut des jeweiligen Gedankenganges oft grell dissonierendem Pathos in der Diktion; kurz, wir registrieren, wir agnoszieren die nämlichen Besonderheiten auf dem engeren sprachlichen Gebiete, wie sie in allen übrigen Entäusserungen der Psychomotilität zum Ausdruck kommen; nur dass sie hier ihre ganz spezielle Marke erhalten. Aber wir registrieren überdies noch einige ganz besondere Eigentümlichkeiten, die zwar auch sonst auf psychomotorischem und intellektuellem Gebiete überhaupt ihr Pendant haben, die wir aber am besten gerade von der Sprache ausgehend verstehen und würdigen lernen.

Ich meine die Tendenz zum Entgleisen in der Reaktion, die „Para-Phänomene“ und die hieraus resultierende eigenartige Verwirrtheit im Gebahren dieser Kranken. Regt man bei diesen Kranken einen Gedankengang an, etwa in Form einer Frage, so kann man sehr häufig wahrnehmen, wie im Laufe der sich entspinnenden Konversation der Gedankengang trotz voller Klarheit der Auffassung, ja wie schon die Antwort auf die Fragestellung selbst von dem angeregten Thema abgleitet und in irgendein assoziativ verwandtes Gebiet sich verliert, seltener ohne jede erkennbare Kohärenz gänzlich fremde Saiten anklingen oder die erst beste, zufällig ins Bewusstsein tretende Assoziation laut werden lässt. Sofern dergleichen sprachlich zum Ausdruck kommt, heissen wir es „Vorbeireden“, Paralogieren. Von dem äusserlich anscheinend verwandten ideenflüchtigen Typus des Assoziierens unterscheidet sich der unserige schon rein formal sehr gewöhnlich dadurch, dass bei oft erheblich springender Assoziation die grammatikalische oder syntaktische Form relativ gewahrt bleibt, während dies bei so hohen Graden von echter Ideenflucht nicht der Fall zu sein pflegt; in manchen einfachen Fällen ist zudem die Erscheinung des Danebenassoziierens sachlich und zeitlich streng an die durch die äussere Anregung gesetzte Assoziation gebunden; allerdings trifft dies für jene Fälle nicht zu, wo ein primärer Rededrang besteht; allein dort stellt wieder die Interkurrenz perseveratorisch bedingter Sprachäusserungen ein unterscheidendes Merkmal solcher sprachlicher Ductus gegen echt ideenflüchtige Reihen dar.

Ich will das eben Ausgeführte durch einige konkrete Beispiele (meiner Abhandlung „über Sprachverwirrtheit“ entnommen) illustrieren. Einer meiner Kranken antwortete auf die Frage, was er unter einem Säugetier verstehe: „Ist eine Kuh, zum Beispiel ein Geburtshelfer“; ein anderer auf die Frage, was er sich unter der heiligen Jungfrau vorstelle: „Der Wandel eines Fräuleins“; auf die Frage, was ein Viereck sei: „ein winkelartiges Quadrat“; ein dritter Patient, Lehramtskandidat, produzierte wieder auf Anregung des Themas „Volksschulgesetz“ folgende Reihe „das ist jenes Gesetz über schulpflichtige Kinder, welche krankhafte Zustände haben, wenn sie ausbleiben und wenn sie auf dem Felde arbeiten sollen. Abwechseln täglich, wenn sie 2 Tage arbeiten und 2 Tage

in die Schule gehen, sie wöchentlich wechseln. Wenn sie eine Woche arbeiten und eine Woche in die Schule gehen, alle schulpflichtigen Kinder, welche einen krankhaften Zustand haben und zu Hause bleiben müssen und so Zeit gewinnen, also zu Hause zu bleiben, Zeit gewinnen, vielleicht zum Anstellen, vielleicht zum Kochen, etwa gelbe Rüben putzen, Spargel schneiden, Kraut ausschneiden, Erdäpfel ausnehmen und mit Essig und Öl einreiben, Erdäpfelsalat, mit Zwiefel und Knofel zerreiben, Knofelsuppe".

Die zuletzt reproduzierte Sprachprobe leitet vom einfachen Paralogieren bereits hinüber zu jenen Formen sprachlicher Entäusserung, wie sie vielfach bei spontanem Rededrang zustande kommen, wo also die sprachlichen Expektorationen mehr minder weit über den Rahmen einer Antwort sensu strictiori hinaus gediehen sind. Wir erkennen an ihr eine ganz eigenartige Form von Verwirrtheit: ein Gemisch von Abgleiten und Haftenbleiben, einen Wortreigen, ein Herumschwingen um bestimmte Floskeln, die eine Neigung zu steter, wenig sinnvoller Wiederkehr zeigen, letztere Erscheinung auch Verbigerieren genannt; wir konstatieren aber auch, dass bei alledem die äussere Satzform im Vergleiche zu dem inneren Durcheinander verhältnismässig wenig gelitten hat. Recht treffend hat Forel diese sprachlichen Produkte Wortsalat genannt und damit auf dies anscheinend gesetzlose innere Durcheinander in äusserlich mehr minder geordnetem Gewande ein bezeichnendes Schlagwort gemünzt.

Ist nun dieses Abgleiten, ist in weiterer Folge dieses Durcheinander in den sprachlichen Emanationen unserer Kranken wirklich ein so sinnlos-gesetzloses? Ein Vergleich mit manchen anderen Erscheinungen des psychischen Lebens lehrt, dass sich zwischen ihnen und zwischen dem Danebenreden und der Sprachverwirrtheit Beziehungen herstellen lassen, die eine Erklärung dieser sonderbaren Produkte anbahnen. Meringer und Mayer haben in einer ausserordentlichen lesenswerten Studie[1]) gezeigt, dass beim physiologischen Versprechen die hauptsächlichsten Fehler in eigenartigen sprachlichen Verschmelzungen (Kontaminationen[2])) bestehen, die durch Verquickung irgendwie verwandter Assoziationen oder Assoziationsgruppen bei ungefähr gleichzeitigem innerem Anklingen derselben zustandekommen. Ein schönes Beispiel: „Ich kann nicht zwei Fliegen auf einmal dienen"; eines weiteren Kommentars dazu bedarf es wohl nicht: wir sehen auch hier ein Abgleiten von einer Assoziation auf eine verwandte und ein Verschmelzen beider in einen äusserlich leidlich geordneten, in dieser Fassung inhaltlich unsinnigen Satz. Ganz ähnliche Mechanismen aber sehen wir, wie ich dies anderen Ortes l. c.

1) Stuttgart 1895.

2) Die Kontaminationstendenz spielt in der Psychopathologie überhaupt eine lange Zeit nicht gewürdigte Rolle, so z. B. in der Aphasie; siehe auch die Arbeit von Heilbronner im Zentralbl. f. Nervenh. und Psych., Dezember 1908.

des genaueren ausgeführt habe, die Sprachverwirrtheit unserer Kranken aufbauen und ihr — in formaler Hinsicht wenigstens, denn ursächlich ist die Produktion sprachverwirrter Reihen selbstverständlich an das Vorhandensein eines mehr minder intensiven primären oder sekundären Rededranges geknüpft — das so charakteristische Kolorit verleihen. Ein gleiches gilt aber auch von dem innerlich nahe verwandten, sozusagen Sprachverwirrtheit im kleinen darstellenden, einfachen Abgleiten in Form paralogisierenden Antwortens: man braucht in solchem Falle nur die von dem Kranken in Umrissen wenigstens — denn sonst könnte ja eine assoziative Beziehung zu ihr gar nicht bestehen — als Vordersatz zur erteilten Antwort innerlich vorgestellte Frage als solchen virtuellen Vordersatz dieser Antwort auch anzugliedern, und man erhält Produkte von durchaus sprachverwirrtem Charakter; diese elementaren Paralogien in Form einfacher kurzer Sätze tragen die Marke der inneren Verwandtschaft mit dem physiologischen Versprechen, tragen die kontaminatorische Note mit unverkennbarer Deutlichkeit an sich; man vergleiche hier nur einzelne der von mir oben gegebenen Beispiele, wie solche wohl jeder Irrenarzt aus seiner Erfahrung beliebig vermehren könnte: sie stellen klassische Kontaminationen vor, könnten aber ebensogut als Lapsus dictionis in der Zerstreutheit bei Gesunden unterlaufen. Ich habe seinerzeit (a. a. O.) Sprachproben von gesunden Versuchspersonen mitgeteilt, die ich über eine bestimmte Zeiteinheit hin wahllos ins Blaue reden liess, also unter besonders günstige Bedingungen für das Zustandekommen solcher Lapsus gesetzt habe, und es stellte sich bei der Analyse dieser Proben heraus, dass sie nicht nur äusserlich den sprachlichen Entäusserungen unserer Kranken in oft geradezu frappanter Weise ähnlich waren, sondern auch in ihrem formalen Aufbau das Walten gleichartiger Gesetze erkennen liessen[1]). Und ganz ähnliche Gesetze

[1]) Ein Beispiel, welches ich meiner bereits angezogenen Abhandlnng (Halle 1905, bei C. Marhold) entnahm (es stammt von einem Studenten der Medizin, der die Freundlichkeit hatte, als Versuchsperson zu fungieren und auf das Stichwort „Storch“ anknüpfend innerhalb der normierten Versuchszeit — 1 Minute — folgenden phonographisch fixierten Ductus produzierte): „Storch, Storch, Storch, Storch, am störchsten, die Störche, die Störche, die Störche sind Vögel, welche über das Meer ziehen, die Störche brauchen, bauen sich Nester auf den Häusern, die Störche stehen auf einem Bein, auf einem Bein stehen die Störche, sie haben Frauen, sie haben Kinder, sie sind diejenigen, welche die Kinder bringen, die Kinder, welche sie nach Hause bringen, dieses Haus, eine Vorstellung, welche die Menschen haben von den Störchen, von der Wirksamkeit der Störche, die Störche sind grosse Vögel — mit einem langen Schnabel und leben von Fröschen, Fröschen, Frischen, Froschen, die Froschen sind Fruschen an der Früh, in der Früh sind sie mit — Frühstück, Kaffee, und mit dem Kaffee trinken sie auch Kognak, im Kognak trinken sie auch Wein, und mit dem Wein trinken sie auch alles Mögliche, die Frösche sind grosse Tiere und welche die Störche — hm — fressen, die Störche fressen die Vögel, die Vögel fressen die Tiere, die Tiere sind gross, die Tiere sind klein, die Tiere sind Menschen, die Tiere sind

fand Kräpelin in seinen wichtigen Untersuchungen für die Traumsprache. („Über Sprachstörungen im Traume". Leipzig, 1906.)

Wenn wir uns jetzt erinnern, dass das physiologische Versprechen seine günstigsten Entstehungsbedingungen dann findet, sobald durch irgendwelche Momente — Zerstreutheit, Emotion etc. — die Aufmerksamkeit von dem Gesprochenen abgelenkt wird, dann werden auch die sprachlichen Bildungen unserer Kranken unserem Verständnisse näher gerückt werden: wir brauchen lediglich daran zu denken, dass ja auch bei unseren Patienten habituell die Aufmerksamkeit sehr wesentlichen Störungen unterworfen, vor allem aber in der Regel ihrer absoluten Intensität nach herabgesetzt ist, um verstehen zu können, dass, mit oder ohne interkurrenten Rededrang, bei den Kranken die günstigsten Bedingungen gegeben sind für das Entstehen sprachlicher Bildungen, wie sie hier etwas ganz Gewöhnliches sind. Selbst manche Wortneubildungen kommen wohl — ganz so wie eben Satzneubildungen — in gleicher Weise zustande.

Es ist klar, dass das von den Störungen im sprachlichen Ausdruck, wie sie bei allen diesen Kranken so gewöhnlich vorkommen, hier Gesagte, auch von dem gedanklichen Innenleben gilt, welches ja in der Sprache zur Projektion nach aussen gelangt; natürlich spielen gerade sprachliche, zumal sprachlich-motorische Vorstellungen eine sehr wesentliche Rolle schon im normalen Denken und es scheint, als ob diese Rolle gerade bei unseren Kranken eine ganz besonders bedeutende wäre. Wir können somit in gewissem Sinne von der Sprache auf das Denken zurückschliessen und annehmen, dass dieses nach ganz ähnlichen Gesetzen vor sich geht. Zumal wir auf ähnliches Vorbeizielen, ähnlichen „Salat" auch im Handeln der Kranken stossen, wenn auch meist nicht in so sinnenfälliger Form wie in ihrer Sprache: Die Kranken greifen etwa an einem Gegenstande, den sie anfassen wollen, vorbei, oder sie wehren Schmerzreize mit vielleicht grossem Kraftaufwande, aber mit ganz unzweckmässigen Bewegungen ab (Parergasie, Vorbeihandeln); sie benehmen sich dann auch gelegentlich quasi ungeschickt, manchmal fast wie Apraktische, ihre Aktionen stellen ein chaotisches, an gewisse Formen von Simulation erinnerndes Durcheinander sinnvoller und sinnloser Handlungsimpulse dar. Wie denn überhaupt ein wirres unvermitteltes Durcheinander von Luzidität, von äusserer Ordnung und Orientiertheit mit anscheinender Verworrenheit für sehr viele unserer Patienten ungemein charakteristisch ist.

---

keine Menschen, die Tiere sind gross, die Kinder kommen von den Störchen, die Störche bringen die Kinder, die Kinder bringen die Störche, die Störche stehen auf dem Balken, die Häuser sind gross, die Häuser sind klein, die Häuser sind unförmig, die Häuser sind . . . ." (Versuchsschluss).

Kommentar und Analyse dieser und anderer Sprachproben der gleichen Art finden sich in meiner oben zitierten Abhandlung; hier kann ich der gebotenen Kürze halber darauf nicht in specie eingehen.

Wir haben uns nun so ziemlich mit den wesentlichsten gemeinsamen Grundzügen, wie man sie, in mehr minder grosser Vollzähligkeit, in mehr minder ausgeprägter Deutlichkeit, mehr minder versteckt hinter Trugbildern anderer Formen seelischer Störung, in der Überzahl der Fälle aber doch über kurz oder lang als solche findet, vertraut gemacht und wollen jetzt die einzelnen Verlaufsformen, soweit sie generelle und dabei praktische Bedeutung beanspruchen, Revue passieren lassen; aber auch gleich hier die Bemerkung einschalten, dass alle diese Formen keineswegs scharf geschieden erscheinen, sondern durch mannigfache Übergänge miteinander in mehr minder inniger Beziehung stehen.

IV.

Der einfachste Verlaufstypus, derjenige, in dem die erwähnten Grundsymptome am eindeutigsten zutage zu treten pflegen, ist der hebephrenische. Akut oder subakut — letzteres scheint am häufigsten — im Laufe von Wochen und Monaten, aber auch oft chronisch und ganz langsam im Laufe von Jahren, seltener perakut innerhalb weniger Tage, setzt die psychische Störung ein. Die ersten Zeichen derselben können verschiedener Art sein. Der Beginn kann in einer einfachen, allmählich zunehmenden psychischen Schwäche bestehen, wobei allerdings früher oder später jene eigenartigen Charakterzüge derselben hervortreten, die wir bereits kennen gelernt haben. Es handelt sich da meist um jugendliche Individuen, die erkranken, so etwa um die Pubertätsjahre. Das erste Zeichen pflegt dann eine Abnahme der geistigen Appetenz und der gemütlichen Regsamkeit zu sein. Die jungen Leute, bis dahin fleissig, strebsam, vielleicht sogar begabt, beginnen nun in ihrer Tätigkeit, sei es in der Schule, sei es im Hause, sei es im Berufe, nachzulassen, sich mehr und mehr dem Nichtstun zu ergeben; in anderen Fällen erscheint dieses Nachlassen des Arbeitseifers gleichsam maskiert, so dass der Unkundige gerade den gegenteiligen Eindruck erhält; insbesondere bei Schülern kann es passieren, dass sie jetzt mehr als je mit ihren Arbeiten beschäftigt, ja in ihre Arbeit förmlich vertieft erscheinen, dabei fällt es aber auf, wie wenig Erfolg dem anscheinend so grossen Fleisse beschieden ist, wie grell dessen Ergebnis von den Resultaten früherer Tage absticht. Sieht man dann näher zu, so kommt man darauf, dass hinter dem enormen Fleiss dieser jungen Leute im Grunde doch nichts anderes steckt als ein in sozusagen dezente Form gekleidetes Nichtstun: wohl hocken sie stundenlang über ihren Büchern und Heften, aber in dieser ganzen langen Zeit wird nichts oder ein nur sehr dürftiges Pensum an eigentlicher Arbeit aufgebracht, denn ist auch nicht immer schon zu Beginn die Auffassung schwerer geschädigt, so fehlt doch der innere Stimulus, fehlen Interesse

und Aufmerksamkeit, fehlen die Triebkräfte zur Tätigkeit überhaupt: stundenlang wird vielleicht in eine Seite des Buches gestarrt, aber die Gedanken schweifen dabei irgendwo in Wolkenkuckucksheim oder schaukeln mit dem Wellenspiel des Zufalls; oder aber es hindert die mangelnde Tenazität der Aufmerksamkeit die zu fruchtbringender, produktiver Arbeit nötige Konzentration der Gedanken und treibt zu diffuser, rastloser Zersplitterung der Tätigkeit, wobei naturgemäss nichts Rechtes herauskommen kann. In beiden Fällen wird mit der Zeit das geistige Defizit ein immer grösseres und der Endeffekt ist in den meisten Fällen ein kompletter geistiger Zusammenbruch nach mehr minder langer Dauer der Störung. Aber der geistige Ausfall unterscheidet sich von Anfang an doch wesentlich von der Demenz bei anderen Defektpsychosen: nicht so sehr früher erworbenes Vorstellungsmaterial geht zunächst verloren, nicht die Auffassung als solche ist schwerer betroffen, sondern es ist der Mangel an Interesse, an Energie, der dem Geisteszustande des Kranken den Stempel aufdrückt, es ist das krankhafte Phlegma, das sie der geistigen Trägheit und schliesslich der geistigen Erstarrung verfallen lässt, aus der sie nur durch intensives Stimulieren, wenn dies überhaupt möglich, einigermassen aufgerüttelt werden können, sobald der Zustand einmal weiter fortgeschritten ist. Es erlischt nach und nach das Interesse an der Arbeit, die Anteilnahme an Staat, Volk, Gesellschaft, Familie, kurz an allem, was sonst das Menschenherz bewegt; es schwindet aber auch das Interesse an der eigenen Persönlichkeit, am äusseren Menschen wie am inneren; die Kranken vernachlässigen immer mehr ihre Person, bleiben taub, blind, stumpf gegenüber dem Eindruck, den dieses ihr Verhalten hervorruft, aller Kummer, alle Ermahnungen der Angehörigen erweisen sich hier ebenso machtlos, prallen ebenso erfolglos ab wie in allen anderen Belangen; Gedanken über ihr Wohl und Wehe, über ihre Gegenwart, über ihre Zukunft liegen dem Kranken ferne; stumpf und teilnahmslos stehen sie ihrer Umwelt, stehen sie ihrem eigenen Ich gegenüber und höchstens die Bedürfnisse der vegetativen Sphäre, zumal jene des Gaumens, bringen noch einiges Leben in sie. Im weiteren Fortschreiten kann es dann zu Zuständen kommen, die eine gewisse äusserliche Ähnlichkeit mit schwerer Idiotie darbieten können: so bar jeder Regung von Initiative, so stumpf, so herdenmässig vertiert erscheinen die Kranken, stumm und dumm stehen sie stundenlang auf einem Flecke, blöde vor sich hinstierend, allenfalls auf gewohnte Zurufe Haustieren gleich reagierend; gelingt es aber, sich mit dem Kranken in Rapport zu setzen, dann zeigt vielleicht eine mitten aus solcher scheinbarer geistiger Leere erfolgende, sinngemässe, ohne mindestens früher einmal vorhanden gewesene geistige Regsamkeit gar nicht erklärbare und oft nicht geringe Kenntnisse verratende Antwort, wieviel einst blühendes Leben hier, freilich für immer, unter der Lava

erstarrt ist, wieviel Trümmer einer vielleicht einst reichen psychischen Persönlichkeit wir, wenn wir nur an irgend einer Stelle durch den Schutt hindurchzukommen vermögen, darunter gelegentlich vorfinden. Dem Kundigen verraten sich aber auch oft ein gezwungenes oder läppisches Lächeln, ein leises, bizarres Grimassenspiel oder irgendwelche krause Verschrobenheiten in der sonst monotonen Attitüde dieser Kranken als Charakterzüge des ursächlichen Leidens, das nun seinen Endzustand erreicht hat; ein Zustand, der, das eine Mal früher, das andere Mal später eintretend, wenn es einmal soweit gediehen ist, meist das ganze Leben nicht mehr weicht.

Dies eine Verlaufsart; das Finale kann in langsamer oder rascherer Kontinuität des Anstiegs erreicht werden; auch ein Verlauf in Schüben kommt vor; allein es ist dies nicht die einzige Verlaufsform, nur gleichsam die einfachste, schematischeste.

Vor allem nämlich kann hier eintreten, was von dem, wenn der Ausdruck erlaubt ist, Pendant der Dementia praecox, der progressiven Paralyse her, genugsam bekannt ist: es kann die Grundstörung sich maskieren hinter Bildern, die beim ersten Ansehen anders gerichtet, einer anderen Art von Geistesstörung zugehörig erscheinen: die aber, fasst man sie näher ins Auge, ihre Zugehörigkeit zur Dementia praecox doch unschwer erkennen lassen.

Da ist es zunächst nicht ganz so selten, dass die ersten Störungen nicht in einer einfachen psychischen Abschwächung bestehen, sondern sozusagen greifbarer, schärfer von dem bisherigen Zustande sich abheben. Insbesondere sind es allerhand unsinnige, oft ganz unvermittelte und unmotiviert dastehende Streiche, „dumme Stück'ln“, welche, einzeln oder in serienweiser Folge, die Introduktion bilden und dann auch oft späterhin gelegentlich noch wiederkehren; Streiche, die oft dem erstbesten Einfall, dem erstbesten Querantrieb ihr ephemeres Dasein danken, der gerade dank der fehlenden Koordination in den psychischen Steuerungsmechanismen ungehemmt zur Umsetzung gelangt. Da öffnet ein Kranker unversehens sämtliche ihm zugänglichen Wasserleitungshähne; ein anderer begeht aus irgend einem ganz unsinnigen Motive einen Selbstmordversuch; ein dritter trinkt auf einen Zug den Inhalt eines neben ihm stehenden Tintenfasses aus. Solche und ähnliche „Stück'ln“ sind im Beginne, aber auch im weiteren Verfolge des Leidens sehr gewöhnlich; charakteristisch ist wieder die Affektarmut oder die Affektinadäquatheit bei ihrer Ausführung, charakteristisch die ganz läppische Motivierung. Überhaupt rufen die Kranken durch ihr oft linkisch unabgemessenes, halb flegelhaftes, halb geziertes Gebahren, durch ihre unpassenden Affekte, zumal durch das oft so ganz im Widerspruche mit der realen Situation, ja mit ihren eigenen Äusserungen hierüber stehende Lächeln, ein sinnloses, unsympathisches Lächeln, mit dem viele von ihnen ohne jeglichen Anlass

immer wieder aufwarten, den Eindruck des knabenhaft-läppischen hervor. Andere Kranke wieder fallen dadurch auf, dass sie ohne jeden Anlass, aber auch ohne jede durch Vorbildung oder Befähigung gegebene Legitimation sich auf einmal mit Dingen zu beschäftigen beginnen, die weitab von ihrer Sphäre liegen. Erwacht in dem jungen Akademiker ein plötzliches, unmotiviertes oder wenig zutreffend begründetes Faible für allerlei Handfertigkeiten und Leibessporte, denen er mit zielloser Leidenschaft sich ergibt: so greift wieder der junge Kommis zu Kant oder Nietzsche oder — noch häufiger — zu allerhand populär gehaltenen pseudowissenschaftlichen Werken, vertieft sich in ihr Studium und bietet uns als Früchte desselben konfuse und sinnlose, in formeller Beziehung an Wortsalat überreiche philosophasternde oder naturwissenschaftelnde Abhandlungen, die nach langen wechselvollen Irrfahrten durch die Papierkörbe der Tagespresse und die Journale verschiedener Behörden endlich in den Schriftensammlungen der Kliniken und Anstalten ihr Ruheplätzchen finden; doch finden manche von ihnen den Weg zur Druckerpresse . . . . Dass solche Kranke, innerhalb und ausserhalb der Anstalt, ihren konfusen Ideen, sofern man auf den namentlich in späterer Zeit meist ganz inhaltsleeren Gallimathias dies Wort überhaupt anwenden will, sehr oft in Standreden voll des ungeheuerlichsten Pathos Ausdruck geben, können wir uns denken; andere Kranke treiben damit wieder eine nicht minder läppische Geheimtuerei; wieder andere produzieren wunderlich-krause Zeichnungen und Malereien, um deren Würdigung sich kürzlich Mohr verdient gemacht hat.

Ungemein häufig sind bei unseren Patienten Stimmungsschwankungen aller Art. Es können sogar Zustandsbilder resultieren, die sehr nahe ans Manische oder Melancholische gemahnen; seltener sind amentiaartige Verwirrtheitszustände. Sie alle kennzeichnen sich aber durch jene kardinalen Züge, von denen wir weiter oben gesprochen haben, zur Genüge und lassen in der Mehrzahl der Fälle Verwechslungen leicht vermeiden; indes kommt gelegentlich ein phasenartiger, selbst ans Zyklische gemahnender Wechsel zwischen „depressiven“ und „expansiven“ Zeitläuften bei den Kranken vor, in denen dann unter Umständen die Unterscheidung Schwierigkeiten bereiten kann. Hierüber weiter unten.

Von besonderer Bedeutung ist aber das sehr gewöhnliche Auftreten von Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, Dinge, die, wie bei jeder Geisteskrankheit, so auch bei der Dementia praecox sich finden, auch bei der jetzt besprochenen hebephrenen Verlaufsform. Diese Wahnbildungen und Halluzinationen pflegen aber hier ebensowenig ihre typische hebephrene Natur zu verleugnen, wie alle anderen bisher abgehandelten Krankheitssymptome. Die Wahnbildungen der Kranken sind abrupt, tendieren nach keinem Zusammenhange untereinander, nach

keinem System, ja sie sind nicht selten untereinander inkommensurabel. Es können alle Spielarten von Wahnideen vorhanden sein. Sehr gewöhnlich sind Verfolgungsideen: es sind entweder einzelne Feinde, die der Kranke hat, oder es sind — kein seltenes Vorkommnis — seine nächsten Angehörigen, von denen er sich angefeindet, zurückgesetzt, vergiftet oder sonstwie am Leben bedroht glaubt; auch die vom Kapitel Paranoia her sattsam bekannten Sozialdemokraten und Klerikalen, Jesuiten und Freimaurer kommen im Wahnglauben auch dieser Kranken zu ihren Rechten; nur dass eben die Systemanordnung fehlt, dass Aufbau und Begründung des Wahns jenen krankhaften Scharfsinn in der Konzeption vermissen lassen, den wir beim Paranoiker ob der zu seiner Aufbringung notwendigen Energieverschwendung oft so sehr beklagen. Die Wahnbildungen erinnern vielmehr in ihrem Aufbau, in ihrer Begründung, in ihrer so wenig innere Folgerichtigkeit an sich tragenden Rolle im Rahmen der Gesamtpersönlichkeit des Patienten eher an die bei diesen Kranken gewöhnlichen absurden Einfälle im Reden und Handeln denn an die Wahnbildungen bei den paranoischen Prozessen. Allerdings aber gibt es Fälle, wo die Wahnbildung eine Zeitlang so sehr im Vordergrunde steht, dass sie die Szene vorübergehend zu beherrschen vermag, dass sich selbst Ansätze zu einer Systembildung zeigen können: wir werden gut tun, diese Fälle weiter unten gesondert zu betrachten, weil sich an die Abhandlung derselben eine Reihe prinzipieller Erwägungen knüpfen wird.

Nehmen, was gar nicht selten vorkommt, die Wahnbildungen der Kranken den Charakter von Grössenwahn oder nehmen sie ein melancholisches oder hypochondrisches Kolorit an, dann können sowohl sie wie die Reaktion des Kranken auf sie ein geradezu an Paralyse gemahnendes Bild ergeben. Ein Kranker nennt sich den Sohn des „Kaisers von Bayern“, glaubt sich von den Sozialisten verfolgt, Kaiser Max von Mexiko ist sein Advokat; dabei will der Kranke einen ganz läppischen Selbstmordversuch durch Abspringen von einem Eisenbahnzug unternehmen, weil die Küche in Wien ihm nicht mundet und er glaubt, man gebe ihm Watta ins Fleisch; ein hypochondrischer Kranker erzählt — unter Grinsen —, es seien ihm die Pupillen ausgeronnen, er sei nur mehr ein lebender Leichnam; ein dritter Kranker steht mit Gott in Kontakt und trägt sich nebstbei mit dem Plane, auf dem ihm von ungefähr bekannten Mariahilferberge nächst Passau eine Strohhutfabrik zu errichten, weil dort die Aussicht so schön ist. Solche Beispiele liessen sich zu Dutzenden vorbringen.

Auch Sinnestäuschungen jeglicher Kategorie finden sich, wie bemerkt, bei unseren Kranken, aber auch sie tragen gewöhnlich jenen eigenartigen Zug an sich, der sich im Gesamtgebahren ausprägt, haben etwas Krauses, Ungereimtes, Unsinniges. So ängstigte sich einer meiner Kranken sehr

darüber, dass eine Stimme ihm zurief: „Der Pichler, der Pichler, der Pichler sitzt im Bauch“; Pichler hiess nämlich der Stationspfleger, mit dem der Kranke sonst auf ganz leidlichem Fusse stand; „Rab', Rab', der Baum ist eine Schlange geworden“, hörte eine andere Kranke sprechen. Andere Male aber scheinen die Halluzinationen in gewissermassen psychologischen Beziehungen zu der Gesamtdiathese zu stehen: so hat man die Sensationen, die die Kranken so oft beschreiben, als stünden sie unter der Gewalt hypnotischer Suggestion oder gewisser physikalischer Kräfte, vielleicht nicht mit Unrecht auf das mehr minder dunkel bewusste Gefühl innerer Gebundenheit und Unfreiheit, wie es aus den psychischen Grundstörungen resultiert, zurückführen wollen. Ein Gefühl, auf dessen Boden sich zuweilen eine Art Pseudokrankheitsbewusstsein entwickelt; einer meiner Kranken z. B. korrigierte frühere Wahnbildungen und Halluzinationen alsbald, erklärte aber gleichzeitig, durch Suggestionseinwirkung sei sein Gehirn krank gemacht und so zum Schauplatz pathologischer Vorgänge geworden.

Auf Sinnestäuschungen oder abrupte Einfälle sind auch sehr häufig die sinnlosen Impulse zurückzuführen, wie sie gerade bei wahnbildenden und halluzinierenden Kranken vorkommen: triebartige Selbstbeschädigung, triebartige — auch erfolgreiche — Suizidversuche, triebartige Aggressionen und Sachbeschädigungen, alles ganz plötzlich, unmotiviert, oft affektlos, „raptusartig“ unternommen. Diese Raptus spielen allerdings eine noch weit grössere Rolle bei den sogenannten katatonen Verlaufsformen, mit denen wir uns nachher befassen wollen.

Nicht immer ist nun der Verlauf ein unnachsichtlich und unaufhaltsam zur Verblödung sich fortentwickelnder: in einer ganzen Reihe von Fällen kommt es zu Besserungen, selbst so weit gehenden Besserungen, dass sie in praxi einer Heilung gleichgeachtet werden können. Die Kranken, die schon der Verblödung verfallen schienen, erholen sich langsam wieder und beginnen nicht nur krankheitseinsichtig zu werden — ein mehr minder vages Krankheitsbewusstsein kann allerdings auch im Beginne und selbst während der vollen Blüte der Psychose vorhanden sein (siehe oben!), — sondern auch ihr Gesamtverhalten wird ein freieres, sie werden aufgeweckter und besonders jene ominöse Stumpfheit und Torpidität, der sie verfallen schienen, beginnt zu weichen, sie beginnen sich wieder mehr für die Umwelt zu interessieren, Regungen von Anteilnahme und Impressionabilität beginnen sich zu zeigen, wie sie gar nicht mehr erwartet worden waren. Es kann bis zur vollkommenen Wiederherstellung der Berufsfähigkeit kommen und nur dem Bekannten oder Eingeweihten fallen gewisse leichte Habitualanomalien, in der Regel ein leichtes Mass gemütlicher Stumpfheit oder leichte psychische Koordinationsstörungen auf, die vordem an dem Kranken nicht bestanden; der Fernstehende braucht von alledem nichts zu merken. Zu den häufigen Vorkommnissen

zählt ein solcher relativ günstiger Ausgang bei den hebephrenischen Formen allerdings nicht, denn es scheint die Prognose um so weniger günstig, je insidiöser der Beginn ist. Hingegen sind weniger tiefgreifende Remissionen nicht so selten und gerade in ihnen kann auch gelegentlich eine Art Selbsterkenntnis produziert werden, die sich freilich meist ziemlich an der Oberfläche hält.

Eine Varietät, die sich am meisten der hebephrenischen Verlaufsform nähert, bedarf gesonderter Besprechung, wegen ihrer praktischen und gelegentlich auch forensischen Bedeutung. Sie umfasst jene Fälle, wo die Psychose gewissermassen nur rudimentär zur Ausprägung gelangt, wo der endliche psychische Defekt nur leichte Grade erreicht, meist vorwiegend die ethische Sphäre befällt und wo das Gesamtbild sich am meisten den torpiden Formen des sogenannten moralischen Irreseins nähert. Kahlbaum hat solche Formen als Heboide beschrieben. In neuester Zeit ist auch von Diem u. a. der Versuch unternommen worden, den leichtesten Formen überhaupt die Stellung einer gesonderten Untergruppe der Dementia praecox zu vindizieren. In praxi mag dies auch berechtigt erscheinen, denn diese Fälle haben schon insofern ihr besonderes Timbre, als namentlich bei unmerklichem Beginne und unscharfer Markierung des Krankheitsbeginns gegenüber den gesunden Tagen des Patienten die Erkennung nicht leicht wird. Jeder von uns erinnert sich an einzelne Personen seiner Bekanntschaft, vielleicht ehemalige Kollegen, die nach oft vielversprechendem Anlauf aus unbegreiflichen Gründen zu versagen, zu versumpfen, zu verstümpern begannen, von Stufe zu Stufe herabsanken, um schliesslich im Hafen einer sehr, sehr bescheidenen Existenz zu landen, wo nun der einstige Vorzugsschüler oder vielversprechende junge Gelehrte, nach notdürftig überstandener Befähigungsprüfung kümmerlich sein Dasein im Dunkel fristet. Auch mancher harmlose Narr, manches verkannte Genie, manche Bohême-Naturen und auch wohl gewisse Trabanten und Parasiten der künstlerischen und literarischen Moderne dürften hierher ressortieren. Andere gerathen vollends unter das Heer der Deklassierten, degenerieren insbesondere in ethisch-moralischer Hinsicht, verlumpen, verlottern, der junge Mann wird zum Strotter oder Vagabunden, das junge Mädchen aus guter Familie sinkt zur Prostituierten herab, Konflikte mit dem Strafgesetz sind das Finale und erst hart an der Schwelle des Kriminals findet sich der Notsteg ins Irrenhaus, wofern der intellektuelle Defekt solche Grade erreicht hat, dass die Pforten der Heilanstalt sich dem Kranken überhaupt öffnen. Nicht wenige Fälle „erworbener moral insanity" gehören hierher, und nicht wenige der Kandidaten für die künftigen Detentionsanstalten rekrutieren gerade aus diesem Kreise.

V.

Wir wollen nun auf die schon im vorangegangenen mehrfach angezogene katatone Verlaufsform einen Blick werfen: Die Katatonie steht ursprünglich mehr selbständig neben der Hebephrenie, ihr Schöpfer, Kahlbaum, fasst sie als eine Form seiner Vesania typica, betont den Verlauf in Stadien. Noch heute gibt es ernste Forscher, die sich nicht entschliessen können, die Katatonie schlankweg der Hebephrenie anzugliedern, sie mit ihr vereint zur Dementia praecox zusammenzufassen. Eine eingehende Betrachtung ergibt indes, dass es kaum möglich ist, eine scharfe Grenze zu ziehen zwischen Hebephrenien und Katatonien, dass es ganz fliessende Übergänge, dass es selbst in Einzelfällen ein Hinüber und Herüber gibt; es nähern sich viele Hebephrene sehr der Katatonie und es gibt nur wenige Katatoniker mit ausgesprochenem typischem Stadienverlauf der Melancholie, der Manie, des Stupors, der Verwirrtheit und der Demenz; alle diese Begriffe rein symptomatisch genommen. Wir können die Katatonien von den Hebephrenien eigentlich nur dadurch praktisch scheiden, dass wir den Namen der letzteren für die gleichmässig und mit weniger augenfälligen Trübungen des Bewusstseins und Störungen der Motilität verlaufenden Fälle reservieren, während wir von Katatonie sprechen, wo eben die Störungen der Luzidität und Psychomotilität sich stärker akzentuieren. Das sind nun aber lediglich graduelle und auch nur cum grano salis zu nehmende Unterscheidungen.

Die Katatonien bieten in der Regel den Aspekt akuter Psychosen, nach Beginn wie nach Entwickelung und Verlauf. Sie können, wie z. B. die Amentia oder wie ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins, ihr Prodomalstadium haben, mit allgemein nervösen Erscheinungen, mit dem Gefühl herannahender schwerer geistiger Krankheit (ein Gefühl, welches übrigens auch bei beginnenden Hebephrenien bisweilen nicht fehlt), sehr häufig mit einer mehr minder schweren psychischen Depression. Es gibt aber auch Fälle mit perakutem, an epileptische Dämmerzustände mahnendem Ausbruch. Die ausgebildete Krankheit präsentiert sich gewöhnlich zunächst als ein mehr minder schwerer Verwirrtheitszustand oder unter dem Bilde einer akuten Wahnsinnsform; Halluzinationen können in beiden Fällen eine mehr minder wesentliche Rolle spielen. Es ist nicht ganz so selten, dass in der ersten Zeit das Bild anscheinend nicht oder kaum absticht gegenüber einer amenten, melancholischen, paranoischen Erkrankung; doch verraten gewisse Inkommensurabilitäten in dem Bilde, in den psychischen Reaktionen dem Kenner oft schon frühzeitig den katatonen Einschlag des Ganzen; die „Melancholien“ sind auffallend „unrein“, Verfolgungsideen dominieren in einem sonst nicht gewohnten Ausmasse, der Affekt ist labiler, inkon-

stanter, als man dies sonst wohl zu sehen gewohnt ist; die „Paranoiden“ sind ganz auffallend ängstlich, nicht von jenem Selbstgefühl, das echte Paranoiker auszeichnet, das ganze Bild nähert sich mehr einer Halluzinose, ohne dass doch die Halluzinationen so sehr dominieren würden, ohne dass eine greifbare, vor allem alkoholische Ätiologie sich nachweisen liesse; die „Amenten“ lassen den Ratlosigkeitsaffekt vermissen, der für die echte Amentia so häufig kennzeichnend ist, ihre Verwirrtheit ist eine auffällig unlogische, in ihrer Tiefe fortwährend zwischen Extremen hin- und herchangierend, oft nähert sie sich in ihrer Eigenart mehr den Dämmerzuständen hysterischer oder epileptischer Couleur. Über kurz oder lang tritt die schwere Koordinationsstörung der Psyche deutlicher zutage. Die Affekte der Kranken zeigen das gewisse ominöse Missverhältnis gegenüber den jeweils greifbaren Vorstellungsinhalten nach Intensität und Qualität. Sehr häufig sind sie zunächst anscheinend adäquat in qualitativer Beziehung, aber es fällt auf, dass sie in ihrem Ausmasse nicht ganz entsprechen, bald nicht entsprechend betont sind, bald wieder umgekehrt übertrieben, selbst ins Ungeheuerliche verzerrt erscheinen. Schliesslich wird die Inkoordination deutlicher, insbesondere im Affektausdruck, überhaupt in der psychomotorischen Sphäre, aber auch zwischen den grossen psychischen Sphären und innerhalb einer jeden derselben.

Die psychomotorischen Symptome sind es ganz besonders, die bei den katatonen Formen mehr minder im Vordergrunde des Bildes zu stehen pflegen. Steigerung der psychomotorischen Erregung bis zu kompletter Tobsucht ist nichts Seltenes: Die Kranken brüllen, raufen, wüten gegen sich und andere, schmieren, zerstören, demolieren. Alle Bilder, alle Grade psychomotorischer Erregnng sind möglich. Aber diese psychomotorische Erregung ist — im Gegensatze zu der manischen — eine zerfahrene, ungeordnete, dem Intensitätsgrade der Erkrankung, der Form derselben nicht adäquate; eigentliche Affektäusserungen können dabei ganz fehlen, so dass das Gebahren der Kranken triebartig-sinnlos sich darstellt; oder aber es erscheinen die Affekte der Kranken inadäquat und unabgemessen. Ungemein oft aber zeigt sich in den sprachlichen, pantomimischen und den handlungsartigen Entäusserungen der Kranken neben dem Bizarren und Verschrobenen das Stereotype: dieselben Bewegungskombinationen, die gleichen Bewegungsserien kehren mit photographischer Treue oder doch wenig verändert immer und immer wieder, oft in einer gewissen Rhythmik. Manche Bewegungen dieser Kranken können geradezu an jene gefangener Tiere in Käfigen erinnern, an das Webern der Pferde, auch an menschliche Tics.

Neben solchen Zuständen psychomotorischer Erregung sehen wir aber auch gleichsam als Gegenstück dazu Bilder, in denen die psychomotorische Erregung herabgesetzt, ja oft bis zum kompletten

Stupor aufgehoben sein kann. Katatonische Stuporzustände nun kennzeichnen sich in der Regel durch eine Reihe ganz bestimmter Eigentümlichkeiten, die kurz als muskuläre Spannungszustände zusammengefasst werden können. Neben jener eigenartigen Flexibilität der Glieder- neben jener Katalepsie und Befehlsautomatie, von der wir schon im allgemeinen gesprochen, treffen wir hier andererseits oft ein starkes Widerstreben gegen jede Lageänderung, beides oft dicht neben- und ineinander. Dies eigenartige Gemisch, diese erhöhte Beeinflussbarkeit der Muskulatur auf der einen, dies starre Festhalten einmal angeschlagener Innervationen auf der anderen Seite kann ganz charakteristische Bilder erzeugen. Man vermag unter Umständen den Rumpf solcher Kranker wie bei Meningitikern vom Kopfe aus in seiner ganzen Länge emporzuheben, oft noch die Beine dazu, der Kranke selbst verhält sich dabei anscheinend ganz passiv, aber die eisern festgehaltene Einstellung seiner Muskulatur auf die einmal eingenommene Attitüde verrät das Vorhandensein beträchtlicher, wenn auch einseitig ins negativistische Extrem verzerrter und in ihm sich konzentrierender Innervationsenergie. Tage-, wochenlang, länger selbst können von den Kranken die verzwicktesten und verschrobensten Stellungen beibehalten werden!

Der Negativismus der Kranken kann aber auch kompliziertere Formen annehmen, ziemlich weit über die Schwelle einfacher muskulärer Innervation sich erheben: es kann sich ereignen, dass das Handeln der Kranken überhaupt oder doch in einzelnen Abschnitten den Charakter der Gegensätzlichkeit zu den von aussen kommenden Anregungen oder den der Norm entsprechenden Impulsen annimmt. Ganz wie auch wieder die „Katalepsie“ oft eine „gedankliche“ ist, wie wir imstande sind, gewisse Gedankengänge und Assoziationen, wenn wir sie einmal suggerieren, auf lange Zeit hinaus haften zu machen. Wir können also z. B. in gewissen, allerdings nicht häufigen Fällen wahrnehmen, wie die Patienten nicht nur nicht tun, was ihnen aufgetragen, nicht nur nicht lassen, was ihnen untersagt wird: sondern von alledem geradezu das Gegenteil! Etwas häufiger schon kann man einen anderen Mechanismus sich umsetzen sehen: die Kranken benehmen sich in gegebenen Situationen in einer Art und Weise, welche direkt den Kontrast zur Norm darstellt, es ist, als würden ihre Handlungen geradezu aus Kontrastvorstellungen erfliessen. Ein Kranker beispielsweise vollführte eine Zeitlang folgendes Stückchen: er defäzierte, wenn er aufs Zimmerklosett geführt wurde, niemals, tat es aber sogleich, wenn er ins Bett zurückgebracht wurde, um dann das total beschmutzte Bettzeug mühevoll und säuberlich in Ordnung zu bringen! Ein zweiter Patient tat es ganz ähnlich. Eine andere Kranke abstinierte die längste Zeit hartnäckig, liess sich aber nicht nur ohne weiteres durch die Sonde füttern, sondern verlangte manchmal sogar nach dieser Prozedur zu

jenen Zeitpunkten, zu denen sie fällig war. Andere Patienten wieder sind nicht dazu zu bringen, das Essen zu nehmen, wenn es ihnen gereicht wird, um es später, sich selbst überlassen, anstandslos zu verspeisen. U. dgl. m.

Auch die Sprache hat ihren Anteil an der Szenerie von Erscheinungen, welche uns die Psychomotilität dieser Kranken liefert, Erscheinungen, die bisweilen in enger Relation stehen zum Innenleben der Kranken, zuweilen aber, wie wir retrospektiv erfahren, auch von diesem gleichsam abgespalten sein können, also adäquaten Innenvorgängen in der Psyche nicht entsprechen[1]). Wir können also in der Skala zwischen mutazistischer Stummheit und logorrhoischem Rededrang sämtliche Tonarten vertreten sehen. Der Mutazismus kann hartnäckig durch Monate und länger festgehalten werden; aber auch der katatonische Rededrang kann von grosser Zähigkeit sein. Die sprachlichen Entäusserungen solcher Kranker sind dann in der Regel der klassischeste Wortsalat mit blühendstem Verbigerieren; und gelingt es, mit den Kranken sich in Rapport zu setzen, so erhält man in diesen Fällen geradezu Musterbeispiele vorbeirednerischer Produkte. Was von der Lautsprache gilt, gilt offenbar auch von der inneren Sprache, denn auch auf dem Gebiete der Schrift stossen wir auf die nämlichen Eigentümlichkeiten. Kräpelin hat in seiner Psychiatrie ein geradezu klassisches Schriftstück eines Katatonikers abgedruckt und ich habe an mehreren Stellen gleichfalls ähnliche Schulbeispiele publiziert. Ein solches ist als Beleg in der Fussnote[2]) teilweise reproduziert (es stammt von einer in der Laktation erkrankten Beamtensgattin).

---

[1]) In dieser Hinsicht, insofern er zur Kennzeichnung der intrapsychischen Dissoziation als einer Folge der Koordinationsstörung dient: hat der von Bleuler vorgeschlagene Terminus Schizophrenie für die Dementia praecox meines Erachtens wohl Berechtigung.

[2]) „. . . . . Erdäpfel, Maulbeeren, Burgunderrüben, Kukuruz, Salz Zwiebel, eine Fabel: Vor einigen Tagen ging ein Storch vollständig in Gedanken den Dorfweg entlang, begegnete jedoch von ungefähr einer Grille; sein Eigensinn, sehr erstaunt über diese momentane Überraschung, etwas gereizt, schnappte dieselbe von der Staude. Eine Gans, vollständig in sich versunken, bemerkte meine auffallende Verwirrung und übernahm mich sofort mit herrischer Resignation, meine stolze Wenigkeit, sehr vertieft, kam durch diesen Zwischenfall glücklich in dem Magen eines Hahnes an, durch eine liebenswürdige Verneinung kam meine Gestalt ernsthaft wieder in ein Kleefeld hinunter. Donnerstag, den 11. Januar 1900; langsam rannte eine Minute der anderen nach, währenddem nahm die Verhandlung des Prozesses ihren Fortgang, der Termin war auf einige Stunden später anberaumt, durch welche sich sämtliche Reichsratsabgeordnete vollzählig in einen Ratsstil verplauderten, die heftigste Debatte nahm einen sehr merkwürdigen Abschluss. Der Gesundheitszustand eines Verteidigers liess sehr besorgniserregende Symptome erkennen, nachdem die Leute sich sehr laut gegen diesen forstwirtschaftlichen Bestimmungsplan auflehnten; die Glocke des Ministers läutet. Erdäpfel, Reis, Paradeis, Fisolen, Maulbeeren, Stachelbeeren . . . .“

Nicht selten ereignet es sich, dass Episoden von Mutazismus und Rededrang miteinander wechseln; es kann dieser Wechsel auch jeweils ganz brüsk sich vollziehen. Ein gleiches gilt aber auch von Stupor und psychomotorischer Erregung überhaupt in ihren wechselseitigen Beziehungen: auch diese beiden Extreme können innerhalb kürzester Frist ziemlich jäh einander ablösen: der Kranke, der eben noch stumm und regungslos dahinlag, beginnt ziemlich plötzlich lebendig zu werden, zu agieren, zu perorieren, zu deklamieren, zu springen, zu tanzen, ja wie ein Clown umherzutollen; das dauert manchmal eine Weile, manchmal stunden- oder tagelang, und plötzlich, wie sie gekommen, ist solch eine Episode wieder verschwunden. Solche Raptus von Erregung mitten aus relativer Ruhe, mitten aus komplettestem Stupor, aber auch mitten aus anscheinender Ordnung heraus gehen nicht ganz selten mit komplizierteren Handlungen, ja ernsten Aggressionen der Patienten gegen sich und gegen andere einher. Ein Kranker, den ich kürzlich zu begutachten hatte, überfiel nachts seine ahnungslose Mutter, der am Abend vorher an ihm wenigstens noch kein Zug ernsterer psychischer Unordnung aufgefallen war, traktierte sie ohne Sinn und Zweck in brutalster Weise mit den Fäusten und hätte sie erschlagen, wenn man ihr nicht rechtzeitig noch zu Hilfe gekommen wäre. Ein anderer Patient fuhr einmal mitten aus voller Ruhe auf und schmetterte seinen Schädel an die Wand. Eine Kranke meiner Beobachtung holte urplötzlich mitten aus dem Stupor zu einer wilden Aggression gegen mich aus; gleich darauf stoppte sie aber und ich konnte sie nun in die Haut kneifen, ohne dass sie sich, nun wie eine Statue gebannt dastehend, trotz lautem Schmerzgeschrei gewehrt oder doch wenigstens mir entwunden hätte. Sehr oft kann man sehen, dass alle diese blinden, wilden Raptus nicht nur von keinem passenden Affekt begleitet sind, sondern eine Affektbetonung überhaupt vermissen lassen; oder dass unsinniger Gallimathias sie begleitet oder einleitet. Erinnern wir uns dessen, was über die seelische Inkoordination als einen Grundzug im Wesen dieser Kranken gesagt wurde, so wird dieses Durcheinander, diese Regellosigkeit, diese Unlogik in der Simultanität wie in der Sukzession der Erscheinungen unserem Verständnis wohl näher gerückt. Es ändert nichts daran, dass wir hinterher von den Kranken bisweilen eine Art Motivierung für ihr Gebahren zu hören bekommen, etwa, als hätten sie aus einem Zwange heraus gehandelt oder auf eine imperative Halluzination reagiert: die Idee des Zwanges ist wohl eine psychologisch naheliegende Erklärungsidee für das Gefühl innerer Unfreiheit, wir treffen sie ganz vorzugsweise bei Kranken der Dementia praecox-Gruppe; aber auch die „befehlenden“ Halluzinationen finden sich ganz vorzugsweise hier. Derart abrupte und dabei in der Durchführung so wenig folgerichtige Reaktionen auf Sinnestäuschungen sind aber eben gerade für diese Art Kranker recht kenn-

zeichnend. Wie anders reagiert der Verrückte, der Amente, selbst der Alkoholwahnsinnige oder der Alkoholdelirant auf seine Sinnestäuschungen, wie verständlicher, konsequenter, natürlicher nimmt sich sein Verhalten aus, wie näher und verwandter erscheint es jenem der normalen Psyche!

Der Verlauf der Katatonie ist ein wechselvoller. Oft alternieren Jahre hindurch mehr minder regelmässig ruhigere und unruhige, schlechtere Zeiten. Episodenweise können sich auch Zustände schwerer Bewusstseinstrübung einschieben. Trügerische Remissionen sind gar nicht selten. Das regellose Pêle-Mêle von Klarheit und Verworrenheit, die episodische Ruhe und „Vernünftigkeit" dieser Kranken vermag nicht nur Laien zu täuschen. Man sei vorsichtig in der Beurteilung allzu plötzlicher Nachlässe!

Der Endausgang ist aber gerade bei der Katatonie im ganzen kein unbedingt fataler. Es scheint vielmehr, als würden gerade hier, je akuter der Beginn, je rascher die Entwickelung zur Höhe und je schwerer dann das Bild der Störung auf der Höhe, um so besser die Aussichten auf Heilung sein; wenigstens was den Einzelanfall anlangt; während umgekehrt bei schleppendem Verlauf die Prognose sich verschlechtert. Der Ausgleich kann auch nach jahrelangem Bestand der Krankheit (Spätheilungen!) ein so vollkommener werden, dass bis auf einzelne, kaum merkbare Anzeichen, ja selbst ohne jeden Rest die Restitutio ad integrum sich herzustellen vermag. Aber auch in solchen Fällen, wo die Erscheinungen ganz oder fast ganz schwinden, ist nicht nur ein Wiedererkranken möglich[1]), sondern es kann diese oder eine folgende Rezidive dann in die Demenz überleiten; eine Demenz, die sich von ihrer hebephrenischen Schwester in nichts Wesentlichem zu unterscheiden pflegt, alle Grade in ihrer Abstufung darbieten kann und durch einzelne Bildspuren aus früherer Zeit, durch allerlei katatonisches Beiwerk, vor allem aber durch das mehr minder nackte Zutagetreten der Grundzüge, des Skelettes der Psychose ihre klinische Zugehörigkeit erkennen lässt. Gelegentlich stellen sich, mehr weniger den phasenartig-periodischen Typus einhaltend, matte Nachklänge der früheren floriden, „sthenischen" Erregung oder des ausgeprägten Stupors auch in späten Stadien der katatonischen Demenz noch ein[2]).

VI.

Kräpelin hat der Dementia praecox eine eigene paranoide Gruppe vindiziert; eine Gruppe, in der ein grosser Teil jener Fälle chronischer

[1]) Der Alkohol scheint bei solchen „Geheilten" zuweilen hebephren oder kataton gefärbte Rauschreaktionen auszulösen; ich verdanke einer privaten Mitteilung meines Kollegen Dr. Pötzl die Kenntnis einer solchen Krankengeschichte.

[2]) Neuere Arbeiten (siehe die auf Grund v. Wagnerscher Ideen angeregte Arbeit von Pilcz in der Obersteiner-Festschrift, Wien 1907) scheinen zu ergeben, dass die katatone Form Belastete bevorzugt; ähnlich wie gewisse Verlaufsformen der Paralyse eine solche Prädilektion zeigen.

Verrücktheit enthalten ist, die mit reichlicherer Wahnbildung und Sinnestäuschungen einhergehen. Für die eigentliche Paranoia lässt Kräpelin nicht viel übrig. Diese Ansicht Kräpelins ist indes auch bei Anhängern und Freunden seiner Lehre auf Widerstand gestossen.

Hingegen ist es, wenn man ein grösseres Material überblickt, doch nicht zu verkennen, dass es eine Gruppe von Fällen gibt, welche der Einreihung in die hebephrene und katatone Hauptgruppe über einen mehr minder langen Zeitraum hin trotzen und durch einen lange Zeit vorwaltenden paranoiden Zug im Gesamtbilde eine Art Sonderstellung einnehmen. v. Wieg hat kürzlich diese depressivparanoiden Fälle, wie er sie nennt, besonders ausführlich beschrieben und mit guten Krankengeschichten belegt. Vielfach ähnelt der Beginn jenen halluzinose-artigen Bildern, die wir bekanntlich namentlich beim Alkoholismus antreffen, nur dass das Bild ein verwaschenes, verschwommeneres, nicht so fest umrissenes ist wie dort. Längere Zeit dominieren dann Wahnbildungen, insbesondere „physikalische“ Beeinträchtigungsideen und der Wahn körperlicher Unfreiheit, ans Paranoische anklingend, aber ohne rechtes System; oder es wuchert und zerfällt dieses rasch; und alsbald stellt sich nach Jahr und Tag die typische psychische Schwäche ein, welche über kurz oder lang das Finale aller unserer Fälle wird; nur erreicht sie doch in der Regel nicht so hohe Grade wie sonst und auch die Koordinationsstörung in den psychischen Funktionen pflegt nicht so tiefgreifend zu werden; zu verkennen ist sie allerdings nicht und auffällig wird es namentlich, wie wenig Konsequenzen die Kranken aus den vorhandenen Resten ihrer Wahnideen zu ziehen pflegen; manche dieser Kranken erinnern durch die friedliche Manier, in der sie sich mit ihren oft sehr weitgehenden Grössen- und Verfolgungsideen geben, fast an Paralytiker und verraten auf die Art ihre hochgradige psychische Schwäche.

VII.

Dass der Endausgang der Dementia praecox nicht immer und unbedingt ein fataler sein muss, dass nicht immer manifeste Geistesschwäche das Schicksal der Krankheit zu sein braucht, das wissen wir schon von früher her. Wir wissen auch bereits von der Existenz nicht weniger Fälle, in denen die Restitutio ad integrum nach Ablauf der floriden Störung eine so weitgehende sein kann, dass man praktisch von Heilung zu sprechen berechtigt ist. Es muss nun, ehe wir die Klinik der Dementia praecox verlassen, noch einer Reihe von Fällen gedacht werden. Es sind das, wenn man sie so nennen darf, gewisse rudimentäre Formen von Dementia praecox, Fälle, deren darum nicht schon früher eingehender Erwähnung getan worden ist, weil sie nicht etwa eine gesonderte Untergruppe darstellen, sondern sich aus allen Unter-

gruppen rekrutieren: es handelt sich um gewisse abortive oder mindestens lange Zeit hin abortiv bleibende Kasus, die selbst von den bereits bekannten heboiden dadurch sich unterscheiden, dass es nicht oder doch durch längere Zeit nicht zur Entwickelung einer irgendwie deutlicher als solche hervortretenden psychischen Schwäche kommt, und nur gewisse feine Nuancen, gewisse Sonderbarkeiten des Wesens verraten dem Kenner — aber auch in der Regel nur diesem und auch ihm oft erst nach eingehender Vertiefung in den Einzelfall — das Bestehen einer Koordinationsstörung, deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox mindestens vollkommen diskutabel, in manchen Fällen unbestreitbar ist. Es existieren in unserer Mitte Leute — und oft Leute, die einen gewissen Rang im Reiche geistigen Schaffens einnehmen —, in deren Wesen sich mit der Zeit Verschrobenheiten, Maniriertheiten, Bizarrerien, manchmal einzelne geradezu läppische Züge festwurzeln, unbeeinflusst von der Aussenwelt, unabhängig von irgend einem Originale, das etwa mehr minder treu kopiert würde; sieht man näher zu, so offenbaren sich ähnliche Züge auch in den geistigen Leistungen. Und doch kann es sich um Individuen handeln von sonst bedeutender geistiger Kapazität, Schaffenskraft, Produktivität, die an sich keine Einbusse zu erfahren braucht, ja oft eine Zeitlang noch einer Steigerung an innerem Gehalt fähig scheint, mag dieser auch durch das Unkraut krauser Verschrobenheiten in Form und Inhalt, sei es der Rede, sei es der Schrift, immer schwerer zugänglich geworden sein. Es dürfte nicht unbekannt sein, dass sich in der Gelehrtenwelt mancher Repräsentant dieses Typus findet, mancher, bei dem sich ein abstruses, oft geradezu läppisches Wesen in jüngeren oder mittleren Jahren entwickelt hat, ohne ihn zunächst von seiner intellektuellen Höhe im allerengsten Sinne darum wesentlich herabgleiten zu lassen. Noch häufiger dürfte sich aber dieser Typus unter Künstlern finden, kann er sich ja hier selbst dann noch Geltung verschaffen, wenn die psychische Veränderung schon höhere Grade erreicht und selbst schon eine veritable intellektuelle Einbusse nach sich gezogen hat: denn in der bildenden Kunst, wie in der schönen Literatur, da wie dort, kann das Verschrobene an sich durch der Zeiten Strömung zuweilen Bürgerrecht erhalten, ja Oberwasser gewinnen. Andererseits wird aber gerade das Tangiertwerden der Fähigkeit edlen, geläuterten, künstlerischen Schaffens oft zum feinsten Reagens auf selbst leichteste Grade langsam sich entwickelnder seelischer Veränderung, denn weit mehr noch als in wissenschaftlicher spiegelt sich in künstlerischer Leistung die Seele in ihrer wechselnden Eigenart wieder.

VIII.

Und nun wollen wir noch einmal zur allgemeinen Psychopathologie zurückkehren, von der wir unseren Weg begonnen hatten. Es ist die

Frage nach der Pathogenese, die uns, wie wir gleich sehen werden, den Rückweg zu diesem unseren Ausgangsthema weist.

In Dunkel gehüllt sind die eigentlich ursächlichen Momente des Leidens, fast in nämliches Dunkel gehüllt die pathologisch-anatomischen Grundlagen[1]). Die Anschauung Kräpelins, wonach möglicherweise mit der Funktion der Genitaldrüsen irgendwie in Beziehungen stehende Autointoxikationsprozesse als ursächliche Momente anzusprechen wären, klänge plausibel, wenn es richtig wäre, dass das Leiden tatsächlich in innigerer Beziehungen zu den Pubertätsvorgängen steht; indes, es ist diese Anschauung angesichts des Einsetzens auch in vorgerückteren Lebensabschnitten, wie wir es bei einer nicht geringen Zahl von Fällen unserer Erkrankung, insbesondere der Katatonien verzeichnen können, wohl nicht zur Gänze aufrecht zu erhalten. Zudem sehen wir das Leiden manchmal im Anschlusse an toxische und erschöpfende Momente nicht so eindeutiger Art, Laktation, Puerperium, Infektionen sich entwickeln. Dass auch andere, bisher nicht recht bekannte Momente, dass auch erbliche und individuelle Gesamtanlage mit hineinspielen, zeigen die keineswegs seltenen Fälle, in denen die Psychose an einen bereits bestehenden psychischen Habitualdefekt anknüpft bezw. sich ihm aufpfropft. Weiterhin scheinen neuerdings unter Zugrundelegung einer Anregung v. Wagners (vgl. den bereits zitierten Aufsatz von Pilcz in der Obersteiner-Festschrift, Wien-Leipzig 1907) aufgenommene Untersuchungen über das gegenseitige Verhältnis der psychischen Krankheitsanlagen zueinander darauf hinzudeuten, dass in manchen Familien eine gewisse Disposition einer Generation von Mitgliedern zum Erkranken an der Dementia praecox besteht, eine Disposition, die wieder Beziehungen zu haben scheint zum Vorkommen paralytischer Geistesstörungen in der Aszendenz. Diese Hinweise bedürfen selbstredend noch der Erhärtung durch weitere Untersuchungen; aber sie sind doch bemerkenswert im Zusammenhalte mit der neuerdings von v. Wagner und Hirschl einmal ausgesprochenen Vermutung, als scheine in der Aszendenz Hebephrenischer Lues kein seltenes Vorkommnis; womit wieder das bereits erwähnte so häufige Vorkommen einer früheren geistigen Debilität oder Habitualanomalie bei Dementia-praecox-Kandidaten und die Tatsache, dass die Nachkommen Syphilitischer nicht selten durch psychisch-nervöse Habitualstörungen gekennzeichnet sind, zusammengehalten werden mag.

---

[1]) Die Arbeiten von Much und Holzmann, Alt, Hirschl und Pötzl u. a., die über eine Serumreaktion bei der Dementia praecox handeln, wurden erst während der Drucklegung dieses Aufsatzes publiziert und können daher angesichts der Schwierigkeit der sich daran knüpfenden Fragekomplexe hier nicht mehr berücksichtigt werden.

Allein man sieht: über mehr minder plausibel scheinende Andeutungen und Vermutungen über diese Materie hinauszukommen ist uns zunächst nicht beschieden und der Hypothese bleibt hier noch ein weites Feld. So ist es nur begreiflich, wenn neuestens durch Jung, einen Schüler Bleulers, der Versuch unternommen worden ist, der Pathogenesefrage von psychologischen Gesichtspunkten aus beizukommen und von den angenommenen Primärerscheinungen aus zu den Triebkräften vorzudringen, die den Anstoss zu der Entwickelung jener verursachen. Der Weg, den Jung zur Lösung dieser ihm vorschwebenden Aufgabe einschlägt, musste der ganzen Fragestellung nach der Weg der psychologischen Analyse sein; durch die Konzeptionen von Breuer und Freud vermittelte Anregungen waren aber richtunggebend für die Strecke, auf der Jung sein Geleise legte und dies musste notwendigerweise die Führung der Wegspur über die Zentrale leiten lassen, die den Brennpunkt der zweifellos geistvollen Freudschen Lehre darstellt: die Psychopathologie der Hysterie.

Es ist ein ganz alltägliches, lange bekanntes Vorkommnis, dass Frühdemente im Beginne, aber auch noch im späteren Verlaufe eine oft täuschende Ähnlichkeit mit Hysterischen darbieten; die Kapriolen und Launen der Hysterie und der psychoataktische Wirrwarr Katatonischer und Hebephrenischer, dies alles kann einander begreiflicherweise ungemein ähneln. Aber es kann auch eine Aufpfropfung katatonischer Symptome auf hysterischer Grundlage vorkommen und es scheint dies gar nicht so selten zu sein. Raimann[1]) hat einmal die feine Bemerkung gemacht, dass man unter den Eltern Frühdementer oft wahre Musterexemplare psychischer Verschrobenheit finden könne und es scheint zu dieser Gattung zumal die Hysterie ein grosses Kontingent zu stellen. Sonach werden wir vielleicht zu sagen berechtigt sein, es bestünde eine gewisse Affinität zwischen hysterischer und hebephrenisch-katatonischer Disposition, woraus sich auch von dieser Seite her leicht begreifen liesse, weshalb im Vorleben und im Beginne der Dementia praecox so gar nicht selten ein hysterischer Einschlag verzeichnet wird.

Allein Jung geht weiter: für ihn sind, wenn man so sagen darf, Hysterie und Dementia praecox, wenn schon nicht Geschwister, so doch aufs innigste ähnlich, schöpfen sie beide aus einer Quelle, und diese Quelle ist psychogen. Den Spuren der Psychoanalytiker folgend, sucht Jung die Wurzel der Hysterie in einem eigenartigem, hier frei zu skizzierendem psychischem Mechanismus: eine in ihren Einzelelementen oft unklare, aber vielleicht darum eben desto stärker gefühlsbetonte Vorstellungsmasse — der „Komplex“ — wird, seiner „negativen“ Gefühlsfärbung wegen, aus dem Bewusstsein zu verdrängen gesucht; diese Ver-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1903.

drängung gelingt halb und halb, aber die Folge ist die Umsetzung, die „Konversion“ des Komplexes in ein Heer nervöser und psychischer Beschwerden, die erst zurücktreten, wenn es gelingt, den Komplex gleichsam zu heben, die angestaute Gefühlsenergie durch möglichst klares Durchdenkenlassen der in dem kritischen Komplex enthaltenen Inhalte zur Abreagierung zu bringen[1]. Bei der Hysterie ist dies noch möglich, daher auch eine therapeutische Beeinflussung auf dem Wege der „Katharsis“ des Bewusstseins von den schädlichen Komplexen; eine Art psychischer Purgiermethode gegenüber der psychischen Obstruktion, die der Komplex verursacht. Bei der Dementia praecox ist nun aber der psychische Prozess weiter gediehen: Der Komplex kann nicht verdrängt und auch nicht abreagiert werden, hat sich fixiert, ist „erstarrt“, eine Lösung ist nicht mehr möglich, und dieser erstarrte Komplex wird zum Ausgangspunkte aller weiteren Krankheitsvorgänge; wobei allerdings eingeräumt wird, dass eben dies „Erstarren“ des Komplexes wohl die Annahme einer gröberen somatischen — toxischen? — Ursache nahelegt.

Eine Stütze für seine „psychische“ Theorie der Dementia praecox findet Jung nicht nur in dem häufigen Vorkommen hysteroider Symptome und Syndrome im Beginne der Frühdemenz, sondern auch in dem Umstande, dass nicht selten in der Einleitung irgendein psychotraumatischer Komplex — und da wieder nicht selten irgendein solcher erotischen Kolorits — steht; der Inhalt des Komplexes kehrt in Form eines Wunschtraumes in den Wahnbildungen, die den Beginn der manifest gewordenen Psychose markieren, wieder; ist die Psychose aber einmal da, dann bleibt es bei dem psychischen Klaps, bei der Dissoziation der Psyche, oder es greift gar der Prozess gleich einem bösartigen Neugebilde um sich, immer neue Störungen, Spaltungen der Psyche erzeugend und jeder psychischen Beeinflussbarkeit spottend; hierin, in dieser Fixierung oder aber Malignität liegt gewissermassen das entscheidende Kriterium gegenüber der Hysterie; aber der Ausgangspunkt ist in beiden Fällen ein gleicher oder sehr ähnlicher, das psychische Trauma durch den gefühlsstarken Komplex spielt da und dort den Agent provocateur; die Schwere der Erscheinungen, der weitere Gang der Dinge ist in beiden Fällen freilich grundverschieden; in den ersten Anfängen hängen aber Hysterie und Dementia praecox in manchen Belangen zusammen.

---

1) Je unschärfer in einem Komplex Art und Verbindung seiner Vorstellungselemente, desto intensiver pflegt in der Regel der ihm anhaftende Gefühlston zumal des Unheimlichen, Schaurigen zu sein; je klarer durchdacht, desto objektivierter, desto gefühlsärmer, desto indifferenter für das psychische Gleichgewicht wird der Komplex; ein Beispiel: die unheimliche Angst vor vielen Krankheiten schwindet, sobald wir sie durchs Studium klar und sachlich erfassen lernen!

Es ist zweifellos ein geistreicher und anregender Gedanke, dessen Ausspinnung der verdienstvolle Züricher Kollege ein hochinteressantes Buch gewidmet hat. Und doch muss ich mir es versagen, ihm auf diesem Wege Gefolgschaft zu leisten. Es ist ja gewiss a priori nicht zu bestreiten, dass Vorgänge, die sich anscheinend nur auf psychischem Schauplatze abspielen, auch nachhaltige Folgen auf körperlichem Gebiete zurücklassen können und dass insbesondere psychische Traumen den letzten Anstoss zur Entwickelung von Geistesstörungen bei vorhandener Prädisposition geben können, und zwar nicht bloss hysterischer Geistesstörungen, sondern auch solcher tiefgreifenderer Art, z. B. melancholischer Bilder. Niemandem wird es aber einfallen behaupten zu wollen, die Melancholie etwa gehe auf psychische Ursachen schlechtweg zurück, niemand wird den Schluss zu ziehen wagen, die Melancholie sei in der letzten Linie gewissermassen psychogen, weil sie so gar nicht selten an veritable Gemütserschütterungen anknüpft. Schon aus logischen Gründen wäre dieser Schluss unrichtig. Was für die Melancholie — ich habe sie gerade nur als Paradigma herausgegriffen — recht ist, muss aber auch für die Dementia praecox billig sein. Der Umstand, dass im Beginne der Dementia praecox in einer Reihe von Fällen ein psychisches Trauma oder — präziser gesprochen — ein „Komplex“ steht, der nicht locker lassen will, berechtigt noch lange nicht den Schluss, es müsse dies die Regel sein. Für die so häufigen und zur Anbahnung des Verständnisses einer Pathogenese wohl ganz besonders wichtigen Pfropfhebephrenien z. B., wo der habituelle Schwachsinn oft fast unmerklich in den hebephrenischen überleitet, wo letzterer in gewissen Fällen als eine Fortentwickelung, eine Exazerbation des genuinen Defizienzprozesses imponiert, wäre nicht einmal der blosse Analogieschluss anwendbar; ebensowenig für die im Puerperium oder an schwere körperliche Schädigungen sonstiger Art sich anschliessenden hebephrenisch-katatonischen Geistesstörungen. Es ist auch recht bezeichnend, dass die Fälle, die Jung im Auge hat, wesentlich paranoide Färbung aufzuweisen, also vorwiegend aus einer der Varietäten herausgegriffen scheinen, und bezeichnend, dass Jung zur Stütze seiner scharfsinnigen und geistvollen Deduktionen an die Wahninhalte dieser Kranken anknüpft, deren Analyse ihm die wesentlichsten Stützen für die Konstruktion seines Gebäudes liefert. Aber gerade das Inhaltliche der Wahnbildungen ist bekanntlich ein Faktor von mehr sekundärer Bedeutung; nicht was in Wahnideen enthalten ist, sondern wie es in ihnen enthalten ist, ist für Charakterisierung und Klassifikation von Belang. Ein Paranoiker kann zuweilen ähnliche Wahninhalte aufweisen wie selbst ein Paralytiker und doch lehrt die Verschiedenheit der Konzeption, lehrt die Verschiedenheit der Reaktion, welch wesentlicher Unterschied zwischen beiden Fällen obwaltet; und andererseits können die Wahninhalte verschiedener Kranker

ein- und derselben Krankheitskategorie je nach der Individualität, dem Bildungsgrade, den Neigungen der Patienten die allerverschiedensten sein. Niemand wird sich ja vor der Tatsache verschliessen wollen, dass manche inhaltliche Störungen in bestimmten Krankheitsformen typisch wiederkehren, aber es handelt sich da meist um Störungen elementarer, an gewisse speziell halluzinatorische Prozesse anknüpfender Natur; die Wahnbildung aber, die pathologische Verarbeitung der elementaren psychischen Vorgänge zu höheren assoziativen Verbänden wahnhaften Charakters, folgt wohl formell bestimmten Gesetzen, dem Inhalte nach aber pflegt sie sich der jeweiligen Vorstellungs- und Wahrnehmungssphäre des Einzelnen anzupassen. Wenn also die Wahnideen, Wahninhalte eines Frühdementen zu irgend einem Komplex des Kranken Beziehungen haben, so folgt daraus, selbst wenn diese Beziehungen sehr intimer Natur sind, noch bei weitem nicht, dass die Wahnbildung, besser gesagt der Anstoss zur Wahnbildung, durch den Komplex als solchen ausgelöst ist; ebensowenig wie etwa das Pferd den Säuferwahnsinn des Kutschers verursacht hat, weil der Mann in seinem Delirium auf ihm herumreitet.

Diese Einwände sind meines Erachtens nach nicht die einzigen, die gegen die Deutung sprechen, als wäre der erstarrte Komplex gleichsam der Kern der kranken Psyche des Frühdementen. Ich gebe gerne zu, dass der Inhalt des kritischen Komplexes in vielen Fällen lange Zeit oder selbst dauernd auch der Inhalt des katatonischen Seelenlebens bleibt; kein Wunder, wenn wir an die Perseverationstendenz und die Unproduktivität der katatonischen Psyche denken, in der sich soviel zufällige, beziehungslose Eindrücke zu fixieren vermögen, weil sie gerade eine günstige Konstellation finden; um wieviel mehr Chancen hiefür haben also innere Erlebnisse, die anno dazumal die Psyche des Kranken so mächtig okkupiert haben. Aber dieser Perseverationstendenz sekundiert in anderen Fällen ein nicht minder grosses ataktisches Durcheinander, und gerade dies Durcheinander steht sehr gewöhnlich mehr noch im Vordergrunde als das Haftenbleiben: da zeigt sich, sieht man von gezwungener Ausdeutung ab, nirgends etwas von Nachwirkungen eines gefühlsmächtigen Komplexes, da flottiert alles wahllos durcheinander, regellos, Affekte, Vorstellungen, kurz ein wahrer Bewusstseinszerfall (den Terminus hat, freilich in einer bestimmten umschriebenen Fassung, O. Gross einmal angewendet). Für diese Fälle versagt natürlich die psychogene Deutung gänzlich. Hier sind offenbar viel elementarere zerstörende Mächte am Werke. In diese Gruppe gehören aber wohl die meisten Hebephrenen und Katatoniker, während die psychisch im allgemeinen sthenischeren Paranoiden eher noch längere Zeit mehr minder adäquate, energischer betonte und vorhaltende Gefühlsregungen zu zeigen pflegen. Aber selbst da sind wir nicht sicher, ob die Fixierung des Komplexes, ob das hysteri-

forme Bild im Beginne nicht schon den Beginn der Dementia praecox darstellt, also schon eine Entäusserung dieser Krankheit selbst. Ist es denn gar so selten, dass eine beginnende Geistesstörung hysterische Mechanismen mit an die Oberfläche reisst, die bis dahin nicht vorhanden oder latent oder unbemerkt geblieben sind, neurotische Züge überhaupt? Man denke an das hysterische Relief, das manche Manische während des Anfalls darbieten, oder denke an die gesteigerte Nervosität im Prodromalstadium der Paralyse. In keinem der beiden Fälle werden wir die Interkurrenz solcher Züge einer Neurose für die Ätiologie, die Psychopathologie, die klinische Stellung der eigentlichen Krankheit deutend zu verwerten geneigt sein. Warum nun die Dementia praecox eine Sonderstellung in der Logik unseres klinischen Denkens einnehmen, warum sie wegen ihrer Beziehungen zu hysterischen Mechanismen in bestimmten Fällen eine so wesentlich psychogen determinierte, der Hysterie darin verwandte Seelenstörung sein soll, ist nicht einzusehen.

Noch ein anderer Umstand ist es meines Erachtens, der gegen die Annahme einer psychogenen Entwickelung der Dementia praecox zeugt: Die Tendenz zur Progression, welche wir doch in so vielen, wenn nicht der Mehrzahl der Fälle wahrnehmen. Wie sollen wir uns damit diese weit über den Rahmen bestimmter Wahnbildungen hinausgreifende psychische Destruktion, wie sollen wir uns die tiefgreifenden elementaren psychischen Zerfallsprozesse erklären, die wir bei der Dementia praecox sehen? Wie die noch unklaren, vielleicht endogen bedingten Verlaufsschwankungen, die wir so oft verzeichnen, wie die zeitweilig zu beobachtende Tendenz zu einer gewissen Periodizität der Erscheinungen?

Wie sollen wir es endlich, und dieser Punkt wurde ja schon gestreift, verstehen, dass das Leiden so gar nicht selten an schwerere körperliche Erschöpfungen sich anschliesst? Wie sollen wir die noch in Kürze zu besprechenden Begleiterscheinungen auf körperlichem Gebiete aus psychologischen Mechanismen abzuleiten vermögen? Symptome, die ja zwar nicht als pathognostisch angesprochen werden dürfen, deren Vorkommen aber, ja deren Bedeutsamkeit in manchen Belangen nicht gut bestritten werden kann? Symptome, die ihrem ganzen Aspekt nach organischer Natur zu sein scheinen und den psychogen bedingten Begleiterscheinungen der Hysterie auf körperlichem Gebiete weder gleichen noch an die Seite gestellt werden können?

Nein, so scharfsinnig, so verdienstvoll die Arbeiten auch genannt werden müssen, welche die psychogene Entstehungsweise der Dementia praecox dartun wollen, so wertvoll und wichtig die Anregungen sind, die wir aus ihnen empfangen, sie geben über Wesen und P a t h o g e n e s e

der Psychose doch nicht den rechten Aufschluss[1]; ja, sie illustrieren uns vielleicht erst so recht gerade durch die Schwierigkeiten ihrer Beweisführung, durch die Nötigung, schliesslich doch wieder die Selbstvergiftung, dies alte Auskunfts- und Verlegenheitsmittel, zu Hilfe zu rufen, um dieser Schwierigkeiten zu Gänze Herr zu werden, wie sehr die Dementia praecox dem Bemühen, ihre Mechanismen rein psychogen erklären und verstehen zu wollen, spottet. Sie ist eben doch eine tiefergreifende Störung, sie ähnelt ja wohl in einzelnen Zügen der Hysterie, da und dort ist das äussere Konterfei ein täuschend ähnliches, aber dahinter entpuppen sich, wenn nicht sogleich, so doch über kurz oder lang, ganz andere Dinge, Mechanismen grundverschiedener Art. Es ist in gewissem Sinne wie bei den paralytischen Geistesstörungen, die ja auch oft und lange eine Manie, Melancholie, Neurasthenie und mehr noch vortäuschen — und jeder erfahrenere Irrenarzt kennt Fälle, wo die Täuschung lange Zeit auch wirklich gelang! —, bis schliesslich doch die charakteristische Demenz mit den pathognostischen Lähmungserscheinungen ihr bisheriges Inkognito lüftet. Nur dass wir bei der Dementia praecox zurzeit aus naheliegenden Gründen noch nicht in der Lage sind, die Klinik sosehr durch die Anatomie zu stützen, wie wir dies trotz mancher strittigen Punkte bei der Paralyse tun können. Auch pathognostische Zeichen auf somatischem Gebiete kennen wir noch nicht, aber das wissen wir doch, dass es bestimmte körperliche Begleiterscheinungen gibt, die, ohne häufig vorzukommen oder charakteristisch zu sein, doch zweifellos dem Krankheitsprozess zugehören, auf dem die Psychose fusst. Da erwähnen wir eigenartige, zuweilen ausgesprochene epileptiforme Anfälle, die bei manchen Kranken vorkommen, ja selbst den Ausbruch der Psychose einleiten können; ferner vasomotorische Störungen, Zyanosen und Ödembildungen an den prominenten Körperteilen, besonders an den Händen; Steigerung der Sehnenreflexe, der Muskelerregbarkeit; Störungen der Ernährung und der Menstruationsvorgänge, die wir gleich wie bei anderen, besonders bei akuten Geistesstörungen, so auch hier verzeichnen; es darf auch nicht unerwähnt

[1]) Wohl aber ist eine symptomatische Beeinflussung des Bildes von der Psyche her denkbar und durchführbar; dank der eigenartigen, allerdings nur dem Namen nach „Suggestibilität" zu nennenden Beeinflussbarkeit dieser Kranken (ich verweise auf die Bleulersche Studie über „Affektivität" und auf eigene Arbeiten) gelingt es, Gedankenrichtung und Tätigkeit der Kranken in manchen Fällen zu beeinflussen, zu lenken, in gutem wie in schädlichem Sinne. Geeignete Frühdemente können, zu passender Arbeit stimuliert, recht nützliche Arbeiter werden, umgekehrt, wenn sich selbst überlassen oder unzweckmässig geführt, ebenso leicht Nichtstun oder zwecklos-sinnloses Zeug stereotypieren „lernen" und damit verödeter scheinen, als sie es de facto sind. In ein anderes Milieu versetzt, zeigen sie dann oft überraschende Besserungen in ihrem Befinden. Manche der neuestens, zumal von Bleuler und Riklin, beschriebenen Versetzungsverbesserungen liessen vielleicht eine solche Erklärung zu

bleiben, dass einige Autoren (Blin, neuestens besonders A. Westphal) auf das Vorkommen von Pupilleninnervationsstörungen hinweisen[1]). Auch andere weniger belangreiche körperliche Begleiterscheinungen sind beschrieben worden, doch liegt deren Aufzählung nicht im Rahmen dieses Aufsatzes.

IX.

Wir wollen aber am Schlusse gewissermassen als Ergänzung zur Psychopathologie noch die diagnostischen Grenzbeziehungen der Dementia praecox kurz Revue passieren lassen.

Es gibt kaum eine Gruppe geistiger Störung, welche nicht da und dort mit der Dementia praecox gewisse Berührungspunkte aufweisen würde. Zunächst kommen die angeborenen und erworbenen Zustände psychischer Schwäche in Betracht. Dem einfachen Schwachsinn in seinen verschiedenen Ausprägungen und Gradabstufungen können die Bilder bei der Dementia praecox nicht selten mehr minder ähnlich sehen; es entscheidet dann, wo die Beibringung einer Anamnese sich als unmöglich erweist, der Nachweis von Elementen und Resten geistigen Besitzstandes, wie er bei schon früher bestandenem Schwachsinn nicht erworben worden sein könnte; wofern es gelingt, den Kranken zu einem derartigen Examen zu fixieren, was in Zuständen fortgeschrittener Verblödung oder bei ausgesprochenem katatonischem Negativismus allerdings nicht gerade leicht der Fall sein wird. Ausgeprägte Erscheinungen intrapsychischer Inkoordination, ausgesprochene motorische Erscheinungen der oben abgehandelten Art, vorübergehende Verwirrtheitszustände, Halluzinationen, Wahnbildungen sprechen im Zweifelsfalle natürlich auch zugunsten der Dementia praecox und insbesondere in jenen Fällen, wo die Geistesstörung auf eine schon habituell bestandene psychische Schwäche sich aufpfropft, werden wir unter Umständen gerade auf Bestandteile der angezogenen Symptomenreihe das diagnostische Schwergewicht legen müssen, da der Nachweis delikaterer psychischer Elementarstörungen bei genuinem Schwachsinn naturgemäss eine schwierigere, gelegentlich selbst unmögliche Aufgabe darstellt. Auch die Bildungsfähigkeit, die Erziehungsfähigkeit, die Verwendbarkeit zu irgendwelchen Beschäftigungen dürfte bei früher normal gewesenen Hebephrenen eine bessere sein als bei solchen, deren Psychose schon auf vorher bestandenem Defekte fusst. Es bleibt aber immer ein Kontingent Fälle zurück, wo ohne eine längere Beobachtung die Unterscheidung gegenüber angeborenen Defektzuständen nicht möglich ist; unter diesen Defektzuständen wäre auch der neuestens

---

[1]) Siehe zu diesem Punkte auch die bemerkenswerte Mitteilungen, die kürzlich Redlich über das Verhalten der Pupillen in manchen Zuständen psychischer und nervöser Störung gemacht hat.

genauer gewürdigte psychische Infantilismus zu nennen, wo nicht körperliche Stigmata von vorneherein zu seinen Gunsten sprechen. Es verdient jedenfalls Erwähnung, dass die Kräpelinsche Schule manche Fälle psychischer Entwickelungshemmung als abnorm früh einsetzende Dementia praecox ansieht.

Wesentlich auf körperlichem Gebiete liegen die Unterscheidungsmerkmale gegenüber dem Myxödem; die Formes frustes desselben indes, bei denen die charakteristischen Zeichen auf somatischem Gebiete wenig in die Augen fallen, werden zumal in Gegenden, wo Schilddrüsenerkrankungen nicht zu den Seltenheiten gehören, zuweilen diagnostische Schwierigkeiten bereiten; zumal auch die Myxödempsychosen jenen unlogischen, koordinationslosen Symptomensalat setzen können, der die katatonen und hebephrenen Geistesstörungen in so hohem Grade auszuzeichnen pflegt. Wir werden wohl auf die Diagnose ex juvantibus angewiesen sein, falls die spezifische Behandlung als solche wirksam.

Die progressive Paralyse unterscheidet sich durch die Ätiologie und die somatischen Zeichen in der Mehrzahl der Fälle; weniger diagnostischer Verlass ist natürlich auf die serologischen Befunde. Indes gibt es Fälle von Paralyse, die lange Zeit ohne rechte Lähmungserscheinungen verlaufen und psychische Zustandsbilder erzeugen können, deren Aspekt sich ganz kataton anlässt; vereinzelt kommen Fälle vor, die fast bis zum Exitus zweifelhaft bleiben können. Das Fehlen gröberer Merkfähigkeitsstörungen, wo dessen Nachweis gelingt, spricht dann eher für Dementia praecox, ein reziproker Schluss wäre aber nicht erlaubt. Ominöser, selbst galloppierender Verlauf mit körperlichem Verfall bis zum Exitus kann auch in katatonen Erregungs- und Stuporzuständen vorkommen, und zuweilen klärt erst eine latente Tuberkulose am Seziertisch das Geheimnis, das intra vitam bei dem Negativismus der Kranken nicht gelüftet werden konnte.

Die Schwächezustände bei Herderkrankungen des Grosshirns charakterisieren sich psychisch und somatisch in der Regel hinreichend. Die Verwechslung aphasischen Jargons, aphasischer Kontaminationen mit katatonem Wortsalat oder entsprechenden Neologismen ist bei flüchtiger Betrachtung zuweilen möglich, doch wirkt eine halbwegs genauere Prüfung wohl in der Regel klärend. Die traumatisch entstandenen Fälle können zuweilen eine gewisse Ähnlichkeit mit den Bildern bei der Frühdemenz darbieten, wie andererseits an Traumen gelegentlich katatone Geistesstörungen sich anschliessen[1]). Anamnese

---

[1]) Kürzlich demonstrierte Grosz aus der Wiener psychiatrischen Klinik einen jungen Mann, bei dem sich im engen Anschluss an ein Kopftrauma eine ganz hebephren gefärbte Psychose entwickelt hat.

und weitere Beobachtung werden wohl in der Regel den Traumatiker vom Frühdementen sondern lassen.

Frühdemente können hochbetagt werden, können ihre Psychose ins hohe Alter fortschleppen und daher gelegentlich die Differentialdiagnose gegen die Psychosen der Involution, ja des Seniums herausfordern. Auch gibt es Erkrankungsfälle von ganz katatonem Aspekt in vorgerückteren Jahren. Die Unterscheidung wäre durch den Nachweis presbyophrener Züge bei den eigentlichen senilen Geistesstörungen gegeben; auch Aphasien und andere Herdaffektionen in der Entwickelung der Krankheit sprechen natürlich für eine senile Psychose. Andererseits pflegen altgewordene Frühdemente — allzu viele Frühdemente sind es übrigens nicht, die ein höheres Alter erreichen, denn der Negativismus und die körperliche Vernachlässigung erschweren ein hygienisches Regime und leisten der Entwickelung von allerhand Infektionskrankheiten, zumal der Phthise, Vorschub — noch getreulich die Züge der ihnen eigenen Störung, in Resten wenigstens, zu bewahren.

Wie die psychischen, so haben auch die nervösen Schwächezustände und in weiterer Folge die Neurosen überhaupt wichtige Grenzbeziehungen zur Dementia praecox. Dass beginnende Hebephrenien lange Zeit als Neurasthenien gehen, dass die jungen Leute im dunklen Gefühle ihrer krankhaften Veränderung sich selbst mit bewährten und unbewährten Kurmitteln gegen „Nervenschwäche“ traktieren oder von anderen damit traktiert werden, ist durchaus nichts Ungewöhnliches. Die zunehmende Intelligenz- und Affektschwäche oder, wo dies nicht gleich schärfer hervortritt, die Zeichen einer tiefergreifenden psychischen Dissoziation und Koordinationsstörung werden im Zweifelsfalle die Diagnose entscheiden können. Neurasthenische Hypochonder verraten doch erheblich mehr Selbstkritik als Hebephrene und zeigen sich durch ihr Leiden auch affektiv tiefer hergenommen. Schwierig kann sich aber unter Umständen die Differentialdiagnose gegenüber ausgesprochener hypochondrischen Zustandsbildern, wie sie aus degenerativer Grundlage hervorwachsen, gestalten. Das anscheinend Unsinnige der vorgebrachten hypochondrischen Ideen kann hier ebensosehr täuschen, wie die oft übertrieben scheinenden äusseren Affektreaktionen, wie sie ähnlich auch bei der Dementia praecox die affektive Schwäche verhüllen oder als Ausfluss der Koordinationsstörung interkurrieren. Es ist überhaupt zuzugeben, dass solche anscheinend reine hypochondrische Zustandsbilder sehr häufig unserem Bemühen, sie irgendwie in eine der geläufigen Krankheitsgruppen einzuteilen, spotten, und das ist wohl nicht der letzte Grund, warum der bereits abgetan geglaubte nosologische Begriff der Hypochondrie doch immer wieder nach literarischer Geltung strebt. Ähnliche differentialdiagnostische Erwägungen gelten gegenüber manchen Formen von Angstneurose und Zwangsneurose.

Wohl mit am häufigsten wird sich die Frage der Abgrenzung gegen die Hysterie erheben. Bereits mehrfach war davon die Rede, wie mannigfache Grenzbeziehungen gerade die Hysterie zur Dementia praecox besitzt; Grenzbeziehungen, die ja selbst zu der Annahme einer innigeren Verwandtschaft beider geführt haben. Die hysterische Unbeständigkeit und das hebephrenisch-katatone Durcheinander können sehr ähnliche äussere Effekte hervorbringen, ganz in der nämlichen Weise, wie katatoner Negativismus und hysterische Renitenz einander vielfach ähnlich sehen können. Die Oberflächlichkeit der Affekte und die Gefühlsperversionen in der Hysterie vermögen bisweilen Dementia praecox-ähnliche Bilder vorzutäuschen. Die Entscheidung wird nicht selten schwer werden. Indes, zu einer Dissoziation wie bei der Dementia praecox kommt es in der hysterischen Psyche doch nicht; die hysterische Psyche bietet gerade in ihrer affektiven Sphäre Angriffspunkte für äussere Einflüsse, für Suggestiveinwirkungen; der Katatoniker und Hebephrene ist äusserlich, motorisch, wenn Spannungszustände bestehen, auch wohl in bezug auf seinen äusseren Assoziationsablauf beeinflussbar, aber gerade sein Innerstes, seine affektive Sphäre, seine Thymopsyche bleibt uns gesperrt oder es ist doch ihre Zugänglichkeit für die Einflüsse der Aussenwelt erschwert oder unberechenbar geworden; es fehlt daher auch die eigentliche, innere Suggestibilität, die von der Thymopsyche her angreift, die Kranken muten uns befremdend, automatenhaft, zuweilen selbst unangenehm und unsympathisch an; eine Folge der seelischen Koordinationsstörung und in weiterer Folge der affektiven Verödung. Der Hysterische dagegen übertreibt und verkleinert, erscheint launisch, ja pervers in seinen Gefühlsregungen, aber wir erkennen doch in seinem Gebahren ein Haschen nach Effekt, eine mehr minder starke Verzerrung unseres eigenen Seelenlebens ins Schauspielerische, wenngleich wir die Pfade, die das seinige wandelt, oft nicht zu verfolgen vermögen. Immer aber haben wir die Empfindung, dass die Hysterie im letzten Grunde mit psychischen Mechanismen arbeitet, die unserer eigenen Psyche nicht toto coelo fremd sind, während die katatonische Psyche uns kalt, unnatürlich, ein wirres Chaos, entgegenstarrt, auf unser eigenes Mitfühlen nicht mehr suggestiv zu wirken vermag, wie wir auf sie nicht mehr innerlich suggestiv einzuwirken vermögen. Es erhellt aber aus alledem eben Ausgeführten die Schwierigkeit, die differentiellen Momente in manchen unausgesprochenen Fällen schärfer zu fassen; denn nicht immer liegt die Sache so einfach, dass eine typische Anamnese oder dass scharf umschriebene Stigmata mit empirischer Wahrscheinlichkeit auf Hysterie oder die Zeichen einer klaren Gemütsverblödung auf Dementia praecox schliessen lassen würden. Ganz besonders erheblich sind die Schwierigkeiten in jenen Fällen, wo das Ensemble den Charakter des Dämmerhaften an sich trägt; kommen ja doch im Rahmen der Hysterie

Dämmerzustände vor — Ganser hat sie bekanntlich zuerst schärfer zu umgrenzen versucht —, in denen ganz wie bei der Katatonie das blühendste Vorbeireden die Szenerie beherrschen kann: ehrlicherweise wird man derzeit zugeben müssen, dass in vielen Fällen dieser Art, wenn nicht präzise Anhaltspunkte einer psychogenen Genese für Hysterie sprechen, eine augenblickliche Entscheidung gar nicht möglich sein wird! Es muss der Verlauf abgewartet werden.

Zuweilen wird — namentlich bei kriminellen Fällen — die Frage der Simulation auftauchen. Simulanten solcher Kategorie sind ja zwar in der Regel schon Degenerierte; aber das Strafgesetz interessiert sich ja nicht so sehr für den Nachweis solcher „Minderwertigkeit“, die ja noch lange keinen Strafausschliessungsgrund involviert, sondern verlangt von uns den möglichst präzisen Nachweis einer Geistesstörung sensu strictiori. Handelt es sich um Bilder, die den Ganserschen Dämmerzuständen nahekommen, so wird wieder in vielen Fällen eine augenblickliche Unterscheidung schwierig werden können; bei konsequenter, beharrlich fortgeführter Beobachtung pflegen aber selbst Simulanten dieser Art irgendwann umzukippen und sich zu verraten, zumal wenn sie sich unbeobachtet wähnen. Echt Katatonisches geht aber natürlich von der Aussenwelt ganz unabhängig vor sich. Der Katatoniker schont natürlich auch sich selbst nicht, er abstiniert, er verunreinigt sich hartnäckig, schreckt selbst vor ernster Eigenbeschädigung nicht zurück; sehr gewiegte Simulanten demonstrieren ja dergleichen auch manchmal, indes ist es nicht gewöhnlich, dass selbst unempfindliche Degenerierte derlei Strapazen allzulange aushalten; konsequente energische Faradisation tut bei Simulanten oft Wunder, während sie bei dem Katatoniker wohl Zeichen der empfundenen Qual entlocken, gelegentlich einen blinden Wutausbruch provozieren, aber keine Änderung im Gesamtverhalten hervorrufen wird. Die „einfacheren“ Formen der Simulation hingegen, das Sichdummstellen, den wilden Mann spielen und dergleichen Scherze werden natürlich niemals dem charakteristischen Ensemble der Dementia praecox nahezukommen vermögen; doch kommt es umgekehrt vor, dass von Nichtpsychiatern läppische Hebephrene, deren Verblödung noch keinen höheren Grad erreicht hat und die wegen irgend eines „Streiches“ das Publikum oder gar die Rechtspflege gegen sich mobilisiert haben, eben wegen ihrer wunderlichen, launischen, „unsympathischen“ Verschrobenheit für Simulanten angesehen werden; eine Täuschung, der natürlich der Psychiater nicht so leicht anheimfallen wird.

Verwechselungen verschiedener Formen der Dementia praecox mit manischen und melancholischen Bildern zählen nicht zu den Seltenheiten und erinnert man sich dessen, dass die katatonischen Erkrankungen zuweilen in Remissionen und Exazerbationen verlaufen, ja manchmal unter dem Bilde einer einzelne Anfälle von Geistesstörung setzenden,

zwischen sich jahrelange Intervalle scheinbarer Gesundheit lassenden, soi-disant periodischen Psychose: so wird man es begreiflich finden, dass gerade wieder in neuester Zeit Stimmen laut geworden sind, die für die Revindizierung solcher Formen von Katatonie ins Bereich des manisch-depressiven Irreseins plädieren. Auf diesen engeren Fragekomplex als solchen soll hier nicht weiter eingegangen werden. Sicher ist die Differentialdiagnose in manchen Fällen schwer. Reichliche Wahnbildung, reichliche Halluzinationen sprechen in dubio für Dementia praecox. Das läppische Benehmen manisch gefärbter Hebephrener unterscheidet sich aber doch meist gut von der sprudelnd lebhaften Heiterkeit des echten Maniacus, mögen auch ganz jugendliche Manische zuweilen ein recht einfältiges und wenig abwechslungsreiches Gebahren an den Tag legen. Der Manische ist meist rein ideenflüchtig, der Frühdemente produziert Wortsalat; die Bewegungen des manischen Bewegungsdranges erscheinen wohl oft stürmisch, nicht selten wie spielerisch, aber doch „zielstrebig“, nicht monoton; die des erregten Frühdementen häufig stereotyp, verzerrt, parergastisch, ja völlig zwecklos. Der melancholischen Hemmung wiederum fehlen die Dissoziationen und speziell die negativistischen Züge, die wir an den katatonen Stuporzuständen zu sehen gewohnt sind; auch zeigt der Melancholische echte Affektbetonung, falls es nur gelingt, in sein Innenleben einzudringen und die Maske scheinbarer Apathie für die Vorgänge in der Umgebung zu lüften. Kein Kriterium hingegen gibt das Bestehen von Sinnestäuschungen und exuberierender Wahnbildungen ab, denn dergleichen treffen wir auch bei Melancholien. Sehr schwer kann oft die Unterscheidung gegenüber Mischzuständen werden und zuweilen ist sie für den Augenblick nicht einmal möglich; echte Mischzustände dürften zu einer tieferen Dissoziation in der Psyche, zu Querantrieben, Parergasie, „Paraerscheinungen“ überhaupt, zu inadäquaten Affekten, verschrobenen psychomotorischen Entäusserungen nicht führen, sondern nur zu einer Mischung manischer und depressiver Einzelsymptome ausserhalb des gestellten Schemas; andernfalls wird man besser tun, doch lieber Dementia praecox zu diagnostizieren[1]).

Die Paranoia unterscheidet sich von den paranoiden Fällen der Dementia präcox durch Systematisation der Wahnbilder, durch Konsequenz und Natürlichkeit der Affekte, durch längeres Ausbleiben und weit geringere Gradentwickelung der intellektuellen Schwäche, durch das Fehlen der dissoziativ-ataktischen Störungen innerhalb der Psyche. Auch Paranoiafälle mit reichlicherer Wahnbildung und vielen Halluzinationen können diesen Anforderungen entsprechen, brauchen keineswegs

---

[1]) Neuestens wird leider, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, die Diagnose „Mischzustand“ viel häufiger gestellt, als es mit den Zielen einer wahrhaft klinischen Psychiatrie vereinbar erscheint.

die charakteristische psychische Zerfahrenheit der Dementia praecox darzubieten und es besteht kein Grund, Fälle dieser Art der Dementia praecox bloss wegen ihres angezogenen Charakters zuzuweisen. Der Wahn körperlicher Beeinflussung und Unfreihcit sowie verwandte halluzinatorische Inhalte — zumal imperative Gehörstäuschungen — pflegen allerdings meist der paranoiden Frühdemenz zu eignen.

Die Amentia kann zuweilen katatonische Zeichen darbieten und dann ist die Unterscheidung gegenüber der Katatonie nicht leicht, vermag sich im Momente oft nur auf die Natürlichkeit und Lebhaftigkeit des Affektes zu stützen, und diese durch das polychrome, kaleidoskopisch wechselnde Bild einer Verwirrtheit hindurch wahrzunehmen, ist sehr häufig schwer, ja im Momente oft unmöglich. Greifbare äussere Ursachen können zudem in einzelnen Amentiafällen fehlen, bei manchen Katatonien hinwiederum vorhanden sein; puerperal z. B. kann die Amentia wie die Katatonie zur Ausbildung kommen. Auch das Vorhandensein körperlicher Begleiterscheinungen wird im Augenblicke öfters nicht entscheiden können, wenngleich speziell polyneuritische Symptome mehr für Amentia sprechen. Wo akute Entwickelung im Anschluss an eine tiefergreifende körperliche, infektiöse, erschöpfende oder autotoxische Schädlichkeit, traumhafte Verwirrtheit ohne eigentliche Zeichen von Affektdissoziation, Zeichen von Ratlosigkeit und eventuell noch dazu Halluzinationen nachweisbar sind, wird man noch am sichersten Amentia diagnostizieren dürfen; aber so plan liegen die Dinge oft nicht und es heisst dann, den Verlauf abwarten. Ein gleiches gilt von anderen akut-halluzinatorischen Prozessen, wie sie endogen oder exogen angeregt zumal bei Degenerierten auftreten können.

Die Halluzinose der Trinker kann zuweilen gewissen depressiv-paranoiden Formen der Dementia praecox und ihr gewiss innig verwandten Bilder des vorgerückteren Lebensalters (Dementia tardiva secd. me) gleichen; doch entscheidet die Lebhaftigkeit des Affektes, die Plastizität der Halluzinationen, die grössere Geschlossenheit im Krankheitsbilde und nicht zuletzt die Ätiologie für alkoholische Störung. Die Verrohung alter Säufer wird wohl kaum mit der ataktischen Gemütsverblödung Frühdementer zu verwechseln sein. Dagegen habe ich einmal erlebt, dass eine katatone Verwirrtheit vorübergehend ein Delirium tremens vorgetäuscht hat; der weitere Verlauf brachte alsbald die Aufklärung.

Schwierig wird es sehr oft, epileptische Dämmerzustände ohne Kenntnis der Anamnese von Katatonie zu unterscheiden. Letztere leitet sich ja gelegentlich mit epileptiformen Attacken ein, auch kommen bei ihr Episoden von dämmerhaftem Aspekt zuweilen vor. Nicht immer aber verrät sich der Epileptiker in einem klassischem, übersinnlich-religiösem Delir. Ich muss sagen, dass mir in vielen Fällen die Differentialdiagnose aus dem Symptomenbilde nicht leicht wird; nicht jeder epi-

leptische Dämmerer ist tiefer verworren, nicht jedes Katatonikers Luzidität so sehr greifbar. Selbst chronische epileptische Schwächezustände können übrigens gelegentlich das Aussehen der Frühdemenz darbieten. Dauerndes Vorkommen häufiger, typischer Anfälle spricht natürlich für Epilepsie.

X.

Reich und mannigfach sind die Grenzbeziehungen der Dementia praecox und noch sind die Grenzen selber an vielen Stellen strittig. Zumal die Katatonie verliert sich an manchen Stellen noch wenig scharf gegen gewisse anscheinend symptomatische, kataton gefärbte Psychosen von transitorischer Dauer, wie man sie (siehe oben) bei Degenerierten, oder auch nach Kopfverletzungen, bei Intoxikationen, bei schweren Körperkrankheiten gelegentlich antrifft [1]). Es gibt noch viel Ungelöstes in dem ganzen Fragenkomplex, der sich um die Dementia praecox herum gruppiert und es ist möglich, dass in ihm bei fortschreitender klinischer Erkenntnis noch manche Umwälzungen und tektonische Erschütterungen bevorstehen. Indes, eine, wie es sich gezeigt hat, brauchbare Plattform, ein Kristallisationskern ist mit der Aufstellung der Dementia praecox geschaffen worden, ein festes Land im Chaos der psychischen Zustandsbilder, darauf wir Fuss fassen, von wo aus wir weitere Umschau in die Nachbargebiete halten konnten. Dies soll der Schule, der die Lehre von der Dementia praecox entstammt, auch von denen nicht vergessen werden, die ihr nicht oder doch, wie Verfasser selbst, nicht vorbehaltlos beipflichten.

[1]) Vor kurzem hat erst wieder Bonhöffer Beiträge zu diesem Thema geliefert.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G. in Würzburg.

GRENZFRAGEN DES NERVEN- UND SEELENLEBENS
EINZEL-DARSTELLUNGEN
FÜR
GEBILDETE ALLER STÄNDE.
BEGRÜNDET VON
DR. L. LOEWENFELD UND DR. H. KURELLA.
IM VEREINE MIT HERVORRAGENDEN FACHMÄNNERN DES IN- UND AUSLANDES
HERAUSGEGEBEN VON
DR. L. LOEWENFELD
IN MÜNCHEN.
LXVII.

Über die Dementia praecox.

Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie

von

Priv.-Dozent Dr. Erwin Stransky
in Wien.

Wiesbaden.
Verlag von J. F. Bergmann.
1909.